În ultimele decenii ale secolului nostru bolile depresive au devenit într-un fel boli populare. Nu există o altă tulburare psihică atât de răspândită, care să afecteze toate mediile sociale și grupele de vârstă, în egală măsură bărbații și femeile, fiind de asemenea în continuă creștere, astfel încât este concepută ca «boală a epocii».

[...]

Depresia nu este drama în sine, ci tragerea semnalului de alarmă pentru rezolvarea dramei.

[...]

Descrierea celor zece modele de tulburări nevrotice ar putea sugera concluzia că putem pur și simplu include orice pacient care are o depresie nevrotică într-o cutiuță diagnostică. Dar, din păcate, nu este așa. De obicei, la fiecare pacient se descoperă 2–3 variante dintre cele zece posibile, însă adesea se formează un centru de greutate. Unul dintre aceste modele se impune în prim-plan și decide dinamica psihică. Există cazuri în care este evidentă numai o tematică (mai rar). [...] Terapeuții trebuie să atingă, pentru întocmirea unui plan de tratament folositor, cele mai importante arii ale tulburării și să intervină aici pe măsura centrului de greutate.

Dietmar Stiemerling este psiholog, psihoterapeut de cuplu și psihanalist.

PSIHOLOGIE

ISBN(13): 978-973-707-009-8

www.edituratrei.ro



Dietmar Stiemerling • 10 abordări psihoterapeutice ale depresiei

PSIHOLOGIE

3

Dietmar Stiemerling

10 abordări psihoterapeutice ale depresiei

3
TREI

PSIHOLOGIE

Colecție coordonată de
Nicolae Dumitrașcu

Dietmar Stiemerling

10 abordări psihoterapeutice ale depresiei

Modele explicative ale psihologiei abisale și concepte terapeutice asupra depresiei nevrotice

Traducere din limba germană
Roxana Melnicu
Camelia Petcu



EDITORI
Silviu Dragomir
Vasile Dem. Zamfirescu

COPERTA
Faber Studio (Silvia Olteanu și Dinu Dumbrăvician)

TEHNOREDACTAREA COMPUTERIZATĂ
Cristian Claudiu Coban

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României
STIEMERLING, DIETMAR
10 abordări psihoterapeutice ale depresiei : Modele explicative ale psihologiei abisale și concepte terapeutice asupra depresiei nevrotice / Dietmar Stiemerling ; trad.: Roxana Melnicu; Camelia Petcu. - București : Editura Trei, 2006
Bibliogr.
ISBN 973-707-009-7 ISBN13 978-973-707-009-8

I. Melnicu, Roxana (trad.)
II. Petcu, Camelia (trad.)

616.89-008.454
616.895.4

Această ediție este bazată pe *10 Wege aus der Depression*, de Dietmar Stiemerling, Verlag J. Pfeiffer, München, 1995

C.P. 27-0490, București
Tel./Fax: +4 021 300 60 90
e-mail: office@edituratrei.ro
www.edituratrei.ro

ISBN 973-707-009-7
ISBN(13) 978-973-707-009-8

Cuprins

Capitolul 1

Scurtă trecere în revistă a subiectului depresiei

În ultimele decenii ale secolului nostru bolile depresive au devenit într-un fel boli populare. Nu există o altă tulburare psihică atât de răspândită, care să afecteze toate mediile sociale și grupele de vârstă, în egală măsură bărbații și femeile, fiind de asemenea în continuă creștere, astfel încât este concepută ca „boală a epocii".

Organizația Mondială a Sănătății consideră că până la cinci procente din populația lumii suferă de depresie, din care ar corespunde zece până la cincisprezece procente din cetățenii Germaniei, adică șase până la nouă milioane de oameni doar pe teritoriul fostei RFG (Dilling, Weyerer, Castell, 1984).

Un cunoscut studiu suedez care a fost efectuat timp de peste treizeci de ani prin sondaje regulate reprezentative, a ajuns la concluzia că în intervalul de timp respectiv frecvența îmbolnăvirilor s-a dublat (citat de Kielholz, 1984). Kielholz este de părere că depresiile psihogene sunt cele care „de fapt au crescut îngrijorător" (Kielholz, 1984). În mod surprinzător femeile se îmbolnăvesc mai frecvent decât bărbații (cu aproximație: din trei depresivi doi sunt femei) și mai ales înainte de treizeci și cinci de ani. În schimb perioada dificilă pentru bărbați se situează la grupa de vârstă de la cincizeci și cinci până la șaptezeci de ani.

Proiecte de cercetare extinse în multe dintre țările globului încearcă să învingă această boală, care pune încă multe semne de întrebare și ale cărei origini nu au fost până acum clarificate. În mod corespunzător, mijloacele de cercetare și disciplinele care abordează acest fenomen sunt multiple.

Există abordările neurofiziologice și biochimice, căile de acces biogenetice, socioculturale, epidemiologice; punctele de vedere cognitiv, psihologic academic și psihanalitic, contribuția teoriei emoțiilor în contextul unei teorii psihologice generale a afectivității și cunoașterii în cadrul cercetărilor „Life-Event". Studii sociologice care abordează schimbările esențiale din domeniul culturii și civilizației, destinul țărilor subdezvoltate și brusca lor confruntare cu fluxul informațional al nivelului cultural mondial prin televiziune (muzica pop, febra consumului, cultura „fast-food"), consideră răspunzătoare pentru frecvența crescândă a tulburărilor depresive prăbușirea valorilor înalte, a tradițiilor, a familiei, pierderea legăturilor religioase, diminuarea relațiilor interumane satisfăcătoare, creșterea frecvenței divorțurilor, dezrădăcinarea unor largi grupări populaționale, lipsa de perspectivă a tineretului în fața pericolului crizei ecologice și a suprapopulării, creșterea șomajului.

Nu este în intenția lucrării de față să se refere la toate eforturile de cercetare ale disciplinelor din domeniu sau, prin rezultatele lor, să prezinte un fel de rezumat al modalităților de încercare de „rezolvare a enigmelor".

Deși simptomatologia bolii depresive îi este probabil cunoscută cititorului, orice carte care se referă la acest subiect este necesar să enumere încă o dată principalele simptome.

1. Tulburarea depresivă ca perturbare a dispoziției bazale

Depresivul are o dispoziție tristă, nu se mai poate bucura, nu mai poate spera, nu mai pune preț pe viitorul său. Lumea își pierde caracterul de provocare, lucrurile devin fade și gri. Unii bolnavi se simt ca și cum ar fi morți și împietriți și se plâng de pierderea sentimentelor, de faptul de a fi uitat chiar să plângă. O mare parte prezintă pe lângă dispoziția depresivă și o teamă difuză, care este trăită în primul rând ca frică în fața vieții și a îndatoririlor. Unii se manifestă apatic, alții sunt disforici, iritabili, morocănoși, prost-dispuși, ceea ce îngreunează raporturile cu ei.

2. Inhibiția gândirii

Procesele gândirii depresivilor sunt neproductive și monotone, se rezumă de regulă la propria boală, fantezia și bogăția ideativă sunt mult reduse. Depresivul se poate concentra doar cu mare dificultate asupra unui lucru.

3. Scăderea inițiativei, inhibiția psihomotorie

Forța inițiativei depresivului este clar diminuată. Nu are elan, energie, nu are chef să întreprindă nimic, spectrul intereselor se ingustează, totul devine prea mult pentru el, cel mai mic efort este de temut. Scăderea generală a forței se exprimă și în stilul de mișcare: toate mișcările sunt îngreunate, încetinite, fără spontaneitate și elan.

Ca fenomen contrastant, s-a observat la un anumit tip de depresie o psihomotricitate agitată. Pacienții respectivi sunt neliniștiți și agitați. Nu pot să stea liniștiți, mâinile sunt într-o continuuă mișcare, mișcările sunt fără țel. Un imbold golit de conținut îi împinge pe cei în cauză spre activități fără sens (citat după O. Benkert, 1977).

4. Afectarea vitalității

Diminuarea forței inițiativelor merge mână în mână cu prejudicierea sentimentului vital. Pacienții se simt obosiți, fără putere și fără energie. Își simt greutatea propriului corp ca pe o povară pe umeri, se plâng de dureri difuze și senzații de apăsare și își percep brațele și picioarele ca fiind grele ca de plumb. Este vorba mai ales despre perturbarea relației cu propria corporalitate.

5. Simptome vegetative

Simptomatologia vegetativă este o manifestare frecvent asociată cu boala depresivă. În cazul unei depresii latente este

chiar unica manifestare care poate fi recunoscută a unei depresii mascate.

Următoarele simptome vegetative se găsesc mai frecvent la depresivi: tulburări intestinale, senzația de presiune abdominală, senzația de apăsare la nivelul capului, uscăciunea gurii, bradicardie sau tahicardie, extrasistole, „bătăi de inimă", alte tulburări cardiace, scăderea temperaturii, transpirații sau frisoane, scăderea secrețiilor lacrimale și sudorale, senzație de amețeală, dureri de cap, dureri de stomac, constipație, balonare, pierderea apetitului alimentar, scădere ponderală, diminuarea funcției sexuale, amenoree, dureri de spate, dureri de aspect neuralgic (citat după O. Benkert, 1977).

6. Tulburări ale somnului, oscilații diurne, suicidalitate

Una dintre cele mai frecvente manifestări asociate ale bolii depresive poate fi considerată tulburarea somnului. Adesea aceasta marchează debutul unui episod depresiv și se află printre principalele acuze ale bolnavilor. Plângerile se referă la adormire sau la perioada ulterioară, atunci când se trezesc în mijlocul nopții și nu mai pot să readoarmă. Dimineața se simt ca și cum nu ar fi dormit deloc și foarte obosiți, „ca și cum nu au închis un ochi". Este vorba în special de „indispoziția matinală", care se referă la faptul că depresivul se simte deosebit de prost și de copleșit mai ales dimineața după trezire și înainte de prânz, manifestare caracteristică a stării depresive. Deoarece depresia trece drept „cea mai chinuitoare boală care se poate imagina" (Kielholz), nu este de mirare că aproape fiecare depresiv are gânduri de sinucidere, simte pulsiuni autolitice și adesea face măcar o tentativă de suicid.

Grupări simptomatice

În cadrul terminologiei medicale de specialitate îmbolnăvirile depresive sunt desemnate sub conceptul de „sindrom depresiv". Prin acesta se exprimă faptul că în cadrul acestei boli este vorba de un complex simptomatic, astfel încât, de regulă, apar asociate anumite simptome (dispoziție tristă, inhibiția gândirii, psihomotricitate diminuată sau agitată, tulburări vegetative). Abia asocierea unui întreg ansamblu de manifestări conduce la diagnosticul de „depresie". Existența izolată a unei dispoziții depresive nu este suficientă în sensul celor descrise mai sus pentru a diagnostica o depresie (deși adesea noțiunile: depresie, dispoziție depresivă, sindrom depresiv și boală depresivă sunt folosite ca sinonime — și în această carte). Este necesar să se regăsească întotdeauna mai multe semne caracteristice de boală la unul și același pacient, iar experiența a condus la concluzia că există în cadrul depresiei trei forme diferite, care se diferențiază prin următoarele simptome principale:

Sindromul depresiei inhibate (dispoziție tristă sau „nici să fiu trist nu pot", inhibiție psihomotorie, inhibiția gândirii)

Sindromul depresiei cu afectare a vitalității (dispoziție tristă, inhibiție sau agitație psihomotorie, tulburări ale vitalității, simptome vegetative)

Sindromul depresiei agitat-anxioase (dispoziție depresivă, anxietate, agitație psihomotorie)

Faza acută a unei tulburări depresive poate să dureze zile, o săptămână, mai multe săptămâni, luni, o jumătate de an sau chiar mai mult. Psihologul sau medicul care practică psihoterapia găsește desigur adesea clienți care se plâng de „depresii" limitate în timp sub forma unui episod scurt (ore, zile, una, două săptămâni) care se caracterizează în primul rând prin dispoziție depresivă. Aceste stări nu sunt boli depresive în sensul restrâns al termenului, deși este vorba de o situație tranzitorie și uneori este greu de decis dacă este „doar" o indispoziție la polul trist sau este vorba de „o adevărată boală".

În încheierea capitolului va fi vorba despre așa-numitele structuri de personalitate depresive. Oamenii care prezintă un astfel de caracter au tendința să alunece destul de frecvent și

în mod repetat spre episoade depresive sau să evolueze cronic ani și zeci de ani, fără să aparțină însă — în sens medical — categoriei diagnostice a „sindromului depresiv". Deoarece motivele și cauzele apariției unei depresii condiționate psihogen și ale unui episod depresiv condiționat psihogen sunt aceleași, datele, experiențele și ipotezele descrise în continuare se aplică ambelor fenomene.

În acest punct este necesar să menționăm conceptul cunoscut sub numele de „depresie mascată". Acesta nu descrie altceva decât observațiile conform cărora un sindrom depresiv se poate ascunde în spatele unei simptomatologii somatice sau a unor suferințe sufletești, așa încât să apară ca o larvă care se dezvoltă insesizabil, inaccesibil chiar și celui care este în cauză.

De obicei depresia apare ca o boală somatică, în care tulburarea energiei vitale și simptomele vegetative sunt elemente esențiale. În aceste cazuri depinde de flerul unui medic experimentat ca, sub fațada tulburării somatice, să descopere și să trateze în mod adecvat afecțiunea bazală propriu-zisă.

Vom aborda în continuare cauzele depresiilor.

Descoperirea substratului și a condiționărilor acestei boli reprezintă punctul central al majorității eforturilor de cercetare care studiază acest fenomen. Se disting trei grupe de cauze care sunt luate în considerare în legătură cu apariția și evoluția acestei tulburări sufletești și se clasifică în depresii cu fond somatic, endogen și psihogen.

Factorii organici cauzatori de depresii se regăsesc într-o multitudine de tulburări somatice, care pot fi diagnosticate de către interniști, neurologi sau psihiatri. Vom numi pe cât posibil bolile în cauză:

Arterioscleroză cerebrală, atrofie cerebrală, tumoră cerebrală, traumatism cerebral, afectare cerebrală precoce, epilepsie, oligofrenie, paralizie generală progresivă, boală Parkinson, tulburări cardiovasculare cronice, tulburări hepatice, convalescență după boli infecțioase, boli endocrine, dezechilibre hormonale, stări de hipoglicemie, porfirie, alcoolism cronic, intoxicație alcoolică acută, utilizarea cronică incorectă a

medicamentelor psihotrope, tratamente orale cu rezerpină, alfa-metil-dopa, steroizi, neuroleptice, preparate cu brom (citat după O. Benkert, 1977).

„Depresiile endogene se deosebesc de cele cu substrat somatic și de depresiile nevrotice printr-o modalitate tipică de evoluție și printr-o mai mare încărcătură ereditară" (Benkert, 1977). Pentru caracteristicile depresiei endogene bipolare (zece procente dintre depresiile endogene) poate fi considerat responsabil un factor genetic (Egeland).

În ceea ce privește depresiile condiționate sufletește — despre a căror frecvență de apariție în lume s-a spus că a crescut mult — acestea se diferențiază în variante aparte.

Deosebim a) depresia nevrotică (pe baza structurării nevrotice a personalității) de b) depresia reactivă (o traumă existențială severă până la medie care afectează „un psihic sănătos" în rest) și de c) dispoziția depresivă cronică, pe care o întâlnim adesea la oameni cu structuri pregnant depresive de personalitate.

Lucrarea de față abordează în exclusivitate cauzele și conceptele terapeutice ale depresiei nevrotice și anume din punctul de vedere al psihologiei abisale. Toate celelalte probleme ale acestui uriaș domeniu și-au găsit de aceea doar o scurtă, fragmentară menționare în acest capitol introductiv.

Ne vom ocupa acum — desigur pe scurt — de posibilitățile terapeutice în cazul unei boli depresive.

Terapia unui sindrom depresiv se face după investigarea cauzei.

În cazul depresiilor condiționate somatic evoluția depinde de ameliorarea sau vindecarea bolii organice de fond.

Depresiile endogene vor fi tratate în primul rând psihofarmacologic (antidepresive) și prin privare de somn.

În cazul depresiilor nevrotice trebuie să se facă distincția între faza acută, care este de fapt boala propriu-zisă și psihoterapia ulterioară a personalității perturbate nevrotic. Pentru stadiul acut al unei depresii nevrotice Kielholz recomandă o combinație de psihoterapie, farmacoterapie (administrarea de antidepresive) și socioterapie, și anume încercarea de a înde-

părta situațiile sociale deranjante sau de a rezolva tensiunile intrafamiliale.

Așa-numita psihoterapie a unei îmbolnăviri acute (depresia nevrotică) constă în unele măsuri de suport orientate mai mult pragmatic, un fel de ajutor pentru supraviețuire, care în primul rând urmărește ca pacientul să iasă din prăpastia depresivă, pe cât posibil, mai neafectat. În legătură cu depresia acută punem accentul pe următoarele activități:

– Abordare prin discuție

Este vorba aici de ascultarea empatică a pacientului și de a-l înțelege în suferința lui. Îl acceptăm așa cum este el și-i confirmăm caracterul întunecat al lumii sale depresive.

– Explicații despre boala sa

Îl informăm pe pacient despre durata posibilă a tulburării sale depresive; enumerăm care simptome și manifestări afective pot să fie asociate cu acea formă. Îi prezentăm într-un mod convingător faptul că chiar momentul pierderii speranței este parte integrală a depresiei, că uneori chiar prin acest groaznic sentiment ea poate fi recunoscută și diagnosticată. Înainte de toate trebuie să-i asigurăm că suferă de o boală adevărată și datorită acestui lucru are tot dreptul să își ia rolul de bolnav. Discutăm cu el despre tratament, despre rezultatul lui și despre posibilele efecte secundare ale medicamentelor prescrise.

– Retragerea temporară din activități

Este vorba de faptul că de la un pacient depresiv nu trebuie să se aștepte sau să se solicite performanțe. Îl scutim de decizii pe care el, în starea în care se află, nu le poate lua singur, de exemplu, dacă va fi tratat în ambulator sau este de preferat o internare în spital. Îi explicăm că în starea în care se află nu poate să mai lucreze sau să-și îndeplinească îndatoririle familiale. Din contră, îi solicităm să nu își impună să facă treburi, chiar dacă îi este foarte greu să preia rolul de persoană care doar primește. „Acum este momentul să vă răsfățați. Destul v-ați dedicat altora".

– Exercitarea funcției de „holding"

În primele zile sau săptămâni de tulburare acută a pacientului psihoterapeutul trebuie să preia o parte din funcția parentală și să-i ofere protecția și siguranța, căci „se află întotdeauna aici pentru el". Pacientului îi va fi permis și recomandat ca în cazul unei crize, a unei acutizări a stării sale, să îl sune pe terapeut. Se va putea stabili ca pacientul să-i telefoneze zilnic terapeutului, la o anumită oră, pentru a relata pe scurt cum se simte. Psihoterapeutul se interesează de alimentație și programul meselor, de apetit, de feluri de mâncare preferate, de digestie, de programul cotidian, de germenii încă prezenți ai intereselor anterioare și de toate lucrurile, care mai există și trăiesc în lumea îngustată și întunecată a pacientului. În diverse circumstanțe face propuneri pentru anumite activități („Plimbările, mersul cu bicicleta, joggingul vă fac să vă simțiți un pic mai bine?"), se oferă să vorbească cu aparținătorii (în scopul de a le trezi interesul pentru înțelegerea bolii pacientului) și discută cu el care ar putea fi contactele cu rude sau prieteni care să reprezinte un sprijin.

– Perspectiva pozitivă asupra bolii

O încercare grea în viața omului va fi întotdeauna mai ușor trecută dacă respectivul poate găsi în ea un sens. În cazul depresiei nevrotice, ne aflăm în situația favorabilă de a putea găsi semnificația celor întâmplate. Boala poate printre altele să fie înțeleasă ca purtătoare a unui semnal, într-o anumită măsură ca un strigăt de ajutor, spre o schimbare a existenței de până atunci. Datorită acestui fapt pacientul obține o surprinzătoare perspectivă asupra viitorului care îi poate reda speranța, poate ieși din rolul de victimă de până atunci („Mi se întâm-

plă ceva rău") și cu ajutorul unei psihoterapii să își poată privi viața de până atunci și, acolo unde este nevoie, să o revizuiască.

Activitățile terapeutice tocmai enumerate se aplică în mod necesar în faza depresiei acute. De îndată ce pacientul a depășit, sperăm neafectat, această perioadă foarte dificilă pentru el, trebuie — de regulă — să înceapă o psihoterapie individuală analitică „lege artis" cu o frecvență de trei ședințe pe săptămână, pentru a elabora conflictul nevrotic și stările de lipsă ancorate în structura personalității sale.

În această etapă considerăm necesar să facem câteva observații despre utilizarea medicamentelor în terapia depresiilor.

Medicii care lucrează atât în clinicile psihiatrice, cât și în spitalele de boli nervoase administrează în mare măsură antidepresive, care ocupă primul loc în alegerea remediilor.

Totuși, aici nu vor fi tratate numai depresii condiționate nevrotic, ci cu precădere endogene, dar și cele care apar în cadrul schizofreniei sau la pacienții borderline.

În cursul terapiei psihanalitice la pacienți cu depresii nevrotice, medicamentele psihotrope nu sunt de dorit, deoarece efectele lor sedative atenuează și psihodinamica bazală și nu o lasă să se dezvolte. De aceea este oportun ca un pacient cu o depresie nevrotică acută, greu de stăpânit în ambulatoriu să fie internat într-o clinică și să-și înceapă analiza abia după aceea, atunci când este într-o oarecare măsură stabilizat. Din contră, unui pacient care se află într-o terapie analitică și se decompensează depresiv, în funcție de gradul de gravitate al bolii sale, i se oferă două posibilități:

1) Psihoterapia sa va fi întreruptă, pacientul va fi referit unei secții de psihiatrie, sau
2) Pacientul își continuă terapia, desigur într-o altă formă (terapie suportivă, în poziție așezată), primind în același timp și antidepresive, pentru o perioadă limitată.

Am obținut rezultate bune cu această din urmă procedură și considerăm că este o greșeală să îl privăm pe pacient de efectul binefăcător al acestor medicamente moderne în perioada dificilă a tulburării depresive acute.

În acest punct doresc să vorbesc încă o dată despre diferența dintre afectele depresive „normale" și tulburarea de dispoziție depresivă ca sentiment bazal durabil. În acest scop este necesar să descriem întâi natura afectului depresiv din perspectiva „psihologiei normale". Mă asociez părerii rezultate din cercetarea emoțiilor, care susține teorii între timp bine demonstrate, și anume că faptul de a trăi emoții specifice și de a le putea înțelege ține de zestrea noastră genetică. În ultimul timp, Caroll E. Izard și Paul Ekmann au fost cei care au prezentat experimente și observații extinse în legătură cu această temă și astfel au putut să formuleze concluzii impresionante și structurate.

Izard a stabilit în total zece emoții bazale, care apar pentru prima dată la o anumită vârstă (aproape toate în decursul primului an de viață), în mod egal, indiferent de apartenența la grupări etnice. În acest context el stabilește că „emoțiile sunt programate după un ceas biologic" și acest program conduce la atingerea maturității funcționale la un termen corespunzător predeterminat. Astfel, trăirea și exprimarea suferinței — ca reacție la durere — este existentă încă de la naștere și poate fi interpretată ca precursor al tristeții și mâhnirii. Ultimele emoții apar pentru prima dată între lunile trei și patru și au legătură cu afectele depresive. Afectul depresiv este, de fapt, un complex, un conglomerat de emoții. Tristețea, mâhnirea și senzația de prăbușire sunt în esență sentimentele care îl compun. Emoția centrală a afectului depresiv, mâhnirea, este — după Izard — un sentiment disponibil pentru toți oamenii, cea mai frecventă expresie a emoției negative.

Mâhnirea poate să fie declanșată la copii și adulți de o multitudine de stimuli exteriori și interiori, de exemplu, durere, înfierbântare, răceală, agitație, separare, refuz, mizerie economică, proiecte sortite eșecului, speranțe năruite, pierderi de toate felurile, boli și accidente, conflicte în relații, șomaj, dezavantaje și nedreptăți, suprasolicitare și respingeri și multe altele. Lărgimea spectrului posibilităților de mâhnire este în mod sigur inepuizabilă. De ce și de unde simte cineva mâhnirea, trebuie să fie desigur diferit de la om la om. Depinde de sen-

sibilitatea fiecăruia pentru senzația de mâhnire, de sistemul său de valori, de situația lui de viață și bineînțeles de vicisitudinile și intemperiile destinului său.

Este necesar să deosebim afectul depresiv de așa numitele depresii. Conceptul de „depresie" cuprinde o încă și mai complexă configurație sufletească și implică manifestări emoționale, cognitive, motivaționale și somatice. Prin aceasta se exprimă faptul că aceste forme de boală cuprind toate teritoriile și structurile psihismului (pulsiuni, emoții, voință, gândire), inclusiv funcționarea corporală. Este necesar ca, odată cu E. Jakobson și Ph. Lersch, să facem diferența dintre impulsurile afective, reacțiile emoționale la un stimul extern sau intern, și așa-numitele dispoziții, „stări afective generalizate ale Eului, care durează peste un anumit interval de timp" (Jakobson, 1971). Afectul depresiv ca reacție sufletească la o diminuare a stării de bine, durează la modul ideal doar minute sau ore, apoi se stinge. Atunci când motivul pentru o reacție de mâhnire depășește totuși o anumită mărime critică sau datorită caracteristicilor sale zdruncină echilibrul sufletesc, persistă sau activează din nou o mâhnire din copilăria precoce, până atunci refulată, afectul depresiv se transformă într-o emoție de durată, care apoi se poate impune ca parte componentă esențială a unei îmbolnăviri depresive cu durată de zile și săptămâni. „Tulburările dispoziționale staționare", spune Lersch (1938), „pot să apară ca ecou și reflectare a emoțiilor actuale... și pot dura mai mult decât prilejul actual și emoțiile evocate de acesta".

Acum este necesar să ne ocupăm de ceea ce trebuie să înțelegem prin depresie nevrotică, care reprezintă tema acestei lucrări. Expresia „nevrotic" ca atribut al depresiei indică faptul că declanșarea și menținerea dispoziției depresive a unui om au drept cauze deformările structurii personalității datorate dezvoltării infantile deficitare, care îl predispun mai ales la acest tip de îmbolnăvire.

„Un incident exterior...cade pe terenul fertil al unei predispoziții interne deja existente pentru acest nefericit afect" (G. și R. Blanck, 1974).

O așa-numită situație de seducție și/sau de eșec întărește trebuințele pulsionale nesatisfăcute din cauză că au fost refulate, activează conflicte cronice, stări de frustrare sau anumite frici, mobilizează predispoziții afective până atunci respinse, sau refulează emoții traumatice, lezează sentimentul valorii de sine sau pune în discuție o identitate menținută cu greu până atunci. Se ajunge la o tulburare a echilibrului sufletesc, care adesea, dar nu întotdeauna, va fi trăită ca o lovitură interioară extrem de neplăcută sau amenințătoare și care va solicita capacitatea de autoreglare, protecție și mecanismele de apărare ale psihicului uman. Afectul depresiv este una dintre numeroasele posibilități de reacție față de un astfel de prejudiciu sufletesc acut, iar depresia nevrotică este un răspuns și o elaborare mai gravă prelungit, adică durabilă, a aceleiași tulburări.

De ce o persoană devine depresivă ca reacție la o pierdere a echilibrului sufletesc — și nu alege o altă modalitate de elaborare — este un fapt care depinde de factori constituționali și de structura sa nevrotică particulară, adică de istoria învățării sale sociale.

În acest punct doresc să intoduc o observație personală, prin care vreau să exprim câte ceva despre motivațiile redactării acestei lucrări. Mă ocup de pacienți depresivi și am căutat în literatura psihanalitică de specialitate un punct de vedere unitar pentru înțelegerea lor. M-am lovit de modele explicative unilaterale, contradictorii și diferite unele de altele. Legat de aceste imagini diferite ale aceluiași fenomen au rezultat modalități terapeutice de asemenea diferite, divergente pentru pacienții depresivi. În activitatea mea profesională am constatat că pacienți cu tabloul clinic al depresiei nevrotice, sub aspectul situațiilor declanșatoare, psihodinamicii, formei evolutive, au putut să fie tratați prin abordări terapeutice diferite susținând fiecare un alt concept etiologic. Întrebarea care apare este dacă există mai multe forme separate de depresie nevrotică, fiecare cu un alt substrat explicativ sau fiecare formă de depresie decurge din același grup de factori cauzali (prezentând însă combinații particulare) sau dacă

numitorul comun şi indubitabil al acestor tulburări, pur şi simplu nu a fost descoperit încă?

Am pornit în abordarea acestei tematici cu dorința unei şi mai mari transparențe în legătură cu aceste întrebări şi cu speranța găsirii pentru fiecare pacient depresiv-nevrotic a terapiei optime. Cunoştințele şi experiența personală în psihologia depresiilor au rezultat din analizele cu patruzeci şi cinci de pacienți depresivi cu durate de trei până la cinci ani, pe care i-am tratat în douăzeci şi cinci de ani de activitate ca analist. Utilizarea unui concept terapeutic modificat — aşa cum se va descrie în această carte — mi-a ridicat eficiența în muncă şi m-a condus, de exemplu, la situația în care nici unul dintre cei patruzeci şi cinci de pacienți depresivi, care la începutul tratamentului prezentau un înalt potențial autolitic, să nu se sinucidă.

În încheierea primului capitol doresc să prezint pe scurt psihanaliza ca formă de terapie pentru pacienții nevrotici depresivi şi să vorbesc despre modul de a proceda care-mi este propriu, individual.

Cu ajutorul aşa-numitei regresii (din timpul fiecărei şedințe), psihanaliza îl readuce pe depresiv în copilăria mică, la situația traumatică şi starea de perturbare familială din copilărie, de la care a început atunci structurarea nevrotică a personalității sale. Pe lângă aceasta, ceea ce se întâmplă cu regularitate este că pacientul îşi transferă de la părinții de odinioară înspre analist nevoile, iubirea, fricile, sentimentele de vinovăție sau agresiunea şi în acest context poate elabora acele probleme pe care nu le-a rezolvat el însuşi, copil fiind, din cauza imaturității sale şi a lipsei suportului puterii şi capacităților adulților.

Tratamentul psihanalitic cuprinde trei procese întrețesute unul cu celălalt, care se pot descrie după cum urmează:

1. Prezentarea nevrozei şi adâncirea posibilităților de autocunoaştere emoțională:

Pacientului i se aduc în plan conştient perturbările sale comportamentale, tendințele nevrotice şi inhibițiile, conştiința sa foarte severă, Idealul Eului supradimensionat, încercările patologice de depăşire a suferințelor sale nevrotice, afectarea testării realității, îngustarea percepției şi a posibilităților de acțiune, imaginea sa eronată despre lume, problemele relaționale şi dificultățile sale sociale precum şi multe altele. Aceasta conduce, cu participarea proceselor afective intense, la o autocunoaştere profundă şi ancorată emoțional.

2. Demontarea nevrozei:

Aspectele personalității enumerate mai sus, complexele şi trăsăturile nevrotice trebuie să fie acum demontate, integrate, modificate sau atenuate efectele lor patologice.

3. Construcția unei noi structuri funcționale:

Pacientul dobândeşte noi modele existențiale şi capacități emoționale (de exemplu, sentimentul propriei valori), exersează anumite deprinderi sociale, îşi schițează un plan de viață pentru sine, află lucruri noi, începe să dezvolte interese până atunci abia schițate, îndrăzneşte să abordeze noi domenii ale vieții şi să facă noi experiențe etc, etc.

Psihanaliza „lege artis" necesită realizarea unui anumit cadru care face posibilă desfăşurarea procesului analitic. Din acesta fac parte: o frecvență săptămânală de 2-3 şedințe (de câte 50 de minute) de-a lungul câtorva ani (160-300 de ore în total); celebra canapea (terapia are loc în poziția culcată, de obicei, fără contact vizual cu analistul), sarcina pacienților de a spune tot ceea ce le trece prin „cap şi suflet" (amintiri, gânduri, imagini, fantezii, senzații corporale, emoții), fără un control selectiv (aşa-numita regulă de bază); asociația liberă; povestirea şi elaborarea viselor; respectarea regulată şi punctuală a orelor; plata de către pacient însuşi a şedințelor la care lipseşte (de regulă, casa de sănătate suportă costurile terapiei); respectarea lucrurilor stabilite cu privire la situația terapeutică; limitarea contactului cu terapeutul la şedința de analiză şi lipsa oricăror intimități cu acesta (aşa-numita regulă a abstinenței) şi alte reguli tehnice, asupra cărora nu vreau să insist aici. Activitățile analiştilor, care se desfăşoară în întregime în

domeniul cuvintelor vorbite, sunt adaptate situațiilor atât de numeroase și variate ale pacienților, încât nu pot să le enumăr în acest loc. Discutarea lor ar putea să umple o carte întreagă. Pentru a oferi totuși cititorului o impresie despre diversitatea intervențiilor terapeutice, trebuie să prezentăm măcar câteva dintre ele, lipsite totuși de comentarii explicative.

Analistul este atent la respectarea regulii de bază și a alianței terapeutice; se străduiește să înțeleagă materialul oferit și să comunice această înțelegere; interpretează; oglindește experiențele din viața pacientului și exprimă prin aceasta faptul că a luat cunoștință de ele; clarifică, explică; stabilește conexiuni între conținuturi psihice până atunci nelegate; exprimă compătimire, emoție, grijă, mirare, bucurie sau supărare; arată clar contradicțiile, indică lacunele din inventarul existențial; se miră că anumite domenii tematice nu apar în ideile pacientului (de exemplu, cele sexuale); uneori confruntă sau provoacă; dă exemple, pentru a clarifica; analizează și interpretează vise; ghicește tăcerile; lasă cât mai mult pacientul să se autodescopere după ce i-a prezentat premizele; clarifică și informează, acolo unde este necesar; încurajează pacientul în trăirile și dorințele sale autentice sau către a face experiențe noi; salută cu bucurie germenii posibilităților prospective ale pacientului; îl face atent la anumite fenomene și îi facilitează o anume semnificație; invită pacientul să zăbovească într-un anumit loc, să aprofundeze descrierea conform cu noile idei, să-și lase fantezia să zburde; leagă sentimente și probleme actuale de anumite situații traumatice din copilărie; lucrează cu transferul pacientului și cu propriul contratransfer, cu rezistențele pacientului și cu ceea ce nu s-a întâmplat. Repetă cunoștințele câștigate și elaborează din nou situațiile discutate; oferă pacientului o atmosferă binevoitoare; manifestă răbdare, prezintă încredere și răspunde lipsei de echilibru a pacientului cu propria lui fermitate; nu dă sfaturi sau o face foarte rar; uneori invită pacientul să se imgineze într-o situație temută etc.

Aș vrea să întrerup aici enumerarea acțiunilor terapeutice — a căror înșiruire s-ar mai putea întinde fără dificultate pe câteva pagini. În loc de aceasta doresc să-mi îndrept atenția către ceea ce este considerat elementul central al lucrului analitic, și anume ceea ce se numește „interpretare".

Conceptul de interpretare cuprinde cel puțin două înțelesuri, unul mai îngust și unul mai larg. În sens restrâns interpretarea înseamnă clarificarea legăturilor ascunse dintre conținuturile conștiente (evidente, trăite) și ceea ce este inconștient. Interpretarea se bazează pe anumite elemente. Comunicarea făcută are un anume grad de probabilitate, dar permite — ca urmare a existenței mai multor posibilități de interpretare a semnelor și simbolurilor — mai multe posibile explicații. Interpretarea este transpunerea exprimărilor inconștientului în limbajul conștientului, traducerea unei limbi străine în limba maternă, fără să existe însă echivalențe absolut rigide între acestea, ci doar corelații cu o probabilitate mai mult sau mai puțin înaltă. În sens mai larg conceptul de „interpretare" este sinonim cu „presupunere". Desigur presupunerile nu se leagă numai de conținuturile inconștiente (de exemplu: Suferă de un sentiment inconștient de vinovăție), ci în general de situații și contexte sufletești, ale căror existență reală este verosimilă, nu poate fi afirmată cu certitudine. Cu ajutorul unei vignette clinice doresc acum să demonstrez una dintre multiplele fațete ale acestui concept și în același timp să ofer o mică imagine propriului meu demers terapeutic.

Voi relata un mic fragment dintr-o ședință a unui pacient care suferea de o depresie nevrotică și care era perturbat mai ales în sfera orală (vezi capitolul 2: Depresia este apărarea împotriva lăcomiei sălbatice). Pacienta a adus în ședință un vis, în care este vorba despre rochia cea nouă și frumoasă a prietenei ei. În vis pacienta trebuia să probeze rochia. Dar de îndată ce a simțit prețiosul obiect pe corp, a fost invadată de impulsul de a fugi cu el. În același moment, totuși, a fost cuprinsă de teamă și a rămas înțepenită pe loc. Am interpretat teama ca frică de ispită. S-a temut de creșterea propriei dorințe de a poseda și de impulsul de a-i lua frumoasa rochie prietenei ei. Eu mi-am centrat desigur interpretarea în întregime pe tema fricii și nu pe faptul de a lua. În ședința următoare pacienta a

început ora cu această secvență: „Mă întorc încă o dată la ședința trecută: ați spus ceva despre „a lua", ăă, „frică de a lua". Lucrul ăsta nu mi-a dat pace. Sunt eu într-adevăr atât de invidioasă? Mă simt foarte penibil. Ce ați putea să gândiți despre mine? Mama mea în orice caz s-ar îngrozi și m-ar ațintí cu privirea. Eu sunt totuși un om atât de darnic. Mă gândesc totuși mereu că noi toți trebuie să fim mult mai modești, ca să supraviețuim pe pământul nostru. Dar bărbații nu se pot împăca deloc cu asta, parcă sunt toți din neamul lui „Ia"!

Pacienta a pus în zece propoziții o abundență de material interpretabil, chiar problemele ei cele mai importante, așa după cum a arătat cu mare claritate psihodinamica nevrozei ei.

Intervenția mea a început cu propoziția ei:

„Lucrul ăsta nu mi-a dat pace!"

Pacienta a descris aici starea afectivă prelungită de evident considerabilă neliniște. Am interpretat: „Ați fost foarte neliniștită. Presupunerea mea despre tema visului său avea ceva amenințător pentru ea, ceva a chinuit-o, a enervat-o. Evident am atins un punct foarte dificil, dar și foarte important cu observația mea despre „frica de a lua". (interpretare țintind direcția domeniului afectiv). Înaintea interpretării mele aș fi putut desigur să intervin și să o invit pe pacientă să descrie mai exact calitatea neliniștii sale. Știe alte situații anterioare asemănătoare? Dacă da, ce gânduri și imagini ies la iveală?

Eu însumi trebuie să mă gândesc la cei trei frați ai pacientei (două surori mai mici și fratele mezin răsfățat și preferat de mamă). O întreagă lume s-a deschis: Cine a furat jucăriile cui? Cine avea jucăriile cele mai frumoase și mai multe? Cum a fost pedepsit furtul? Etc.

Următoarea propoziție sună așa:

„Sunt eu într-adevăr atât de invidioasă?"

Ezit, sunt uimit. Pacienta aduce o nouă categorie psihică. Eu nu spusesem nimic despre invidie, dar pacienta a legat în mod evident „furtul" de sentimentul de invidie. M-am gândit imediat la fratele privilegiat. Sigur fusese invidioasă pe el și, de asemenea, pe surorile mai mici, care trebuiau să ajute semnificativ mai puțin în gospodărie și care aveau mai mult timp pentru joacă.

Am putut să interpretez: „Până acum a trebuit să refulați sentimentul dvs. de invidie. Probabil, în vis sunteți invidioasă pe sora dumneavoastră, pentru că ea avea o rochie nouă atât de frumoasă (interpretările pulsionale).

Interpretările pulsionale, cum este cea de mai sus, sunt riscante și ineficiente terapeutic pentru că de regulă îl sperie și îl jignesc pe posesorul pulsiunii respective și pot să-i dea prilejul să-i conteste vehement existența.

Mai bună ar fi interpretarea: „Sigur că ați simțit și invidie — care dintre noi nu ar fi invidios într-o asemenea situație — dar în același timp, v-ați interzis acest sentiment pentru că a-l simți este reprobabil din punct de vedere moral și pentru că vă supără să fiți așa. Invidia nu se potrivește cu imaginea pe care dumneavoastră o aveți despre propria persoană" (interpretare la nivel narcisic).

Și mai departe:

„Asta mă face să mă simt penibil. Ce ați putea să gândiți despre mine?"

Pacienta are un puternic reper exterior. Se definește după părerea pe care o au ceilalți despre ea. Nu se uită mai întâi la ea însăși și nu se întreabă despre dorințele și sentimentele ei. Nu se întreabă: „ce aș vrea eu, ce este bun pentru mine?", ci: „cum pot eu să fac impresie bună, să-i cuceresc pe ceilalți, să-i fac binevoitori?". Se teme să nu fie demascată ca fiind un om rău, care să piardă stima, iubirea și aprecierea celorlalți. Aici intră în discuție identitatea sa ca persoană dezinteresată și generoasă, Eul ei Ideal. Temerile ei se îndreaptă firește în acest loc exclusiv către terapeut.

Aș fi putut să interpretez:

„V-ați simți foarte penibil să treceți drept un om invidios. Vă temeți că acum fața dumneavoastră adevărată va deveni vizibilă și eu aș putea să întorc spatele, dezamăgit de o persoană atât de imorală" (interpretare la nivelul relației de obiect, în particular: interpretare de transfer).

Următoarea frază:

„Mama în orice caz ar fi îngrozită și m-ar țintui cu privirea".

Acum aflăm ceva despre substratul biografic al sentimentului de invidie și de ce pacienta trebuie să-l refuleze. Invidia era evident foarte prohibită și dezvăluirea ei ar fi provocat mamei groază, însemnând retragerea iubirii. Aici aș putea să interpretez: „Ați preluat atitudinea mamei de condamnare morală a acestui sentiment. Acum propria dumneavoastră conștiință este la fel de puternică și necruțătoare, cum era atitudinea mamei în copilărie." (interpretare de Supraeu).

Și mai aflăm încă ceva, și anume, cum pedepsea mama! Ațintea cu privirea. Își pedepsea copiii din privire, acest lucru era evident suficient. Câtă teamă de pedeapsă sau groază de pierderea iubirii trebuie să aibă copiii, dacă se lasă dirijați și afectați doar de privirile mamei.

Reflectez aici de ce tocmai „sentimentul de invidie" a putut să reprezinte o manifestare atât de profund interzisă în familia pacientei. Poate că invidia copiilor ar fi adus la lumină nedreptatea mamei și ar fi pus în evidență faptul că ea l-a preferat pe fiul ei fetelor. Aceasta ar fi pus sub semnul întrebării și ar fi zguduit idealul ei sublim de educație — acela de a fi o mamă bună. Pacienta nu era „coaptă" pentru aceste posibile interpretări genetice, pe care le-am formulat și pentru care am aflat confirmarea multe ședințe mai târziu.

Următorul enunț sună astfel:

„Eu sunt totuși un om atât de darnic!"

Pacienta este inhibată în atitudinea de apropiere, nu poate fi fermă în a revendica ceva pentru sine. În copilărie a fost dresată să fie darnică; aceasta este o trăsătură de caracter nevrotică, și nu expresia unei atitudini autentice. Pacienta dă ca să evite conflicte și pentru că nu poate spune „nu". Ea a făcut dintr-o nevoie, o virtute și și-a glorificat slăbiciunea pentru ca măcar indirect să obțină puțină satisfacție. Generozitatea este — după cum vedem din biografie — un fel de strategie de supraviețuire, un mecanism de reglare sufletesc. Interpretarea mea ar putea să sune după cum urmează:

„Sunteți de fapt generoasă, chiar dacă nu aveți nimic de dăruit și suferiți lipsuri. Trebuie să gândesc la copilăria dumneavoastră: în loc să luați ceva de la fratele preferat și răsfățat, care avea mult mai mult decât dumneavoastră, dumneavoastră dăruiați din puținul pe care îl aveați. Cred că în felul acesta v-ați scutit multe supărări și probleme și ați păstrat iubirea mamei. Generozitatea dumneavoastră atât de devreme învățată a fost o soluție pentru a ține la distanță conflicte de durată." (Așa-numita interpretare defensivă: pacientului i se aduce în fața ochilor mecanismul nevrotic cu ajutorul căruia își menține echilibrul sufletesc.)

Fraza următoare sună așa:

„Mă gândesc mereu că trebuie să fim tare modești ca să supraviețuim pe acest pământ."

Cineva ar putea să strige bucuros: ce dreptate are pacienta! Atitudinea ei este corectă și rezonabilă. Dacă majoritatea oamenilor care trăiesc în țările bogate ar avea această convingere și ar și trăi conform ei, ar fi mult mai bine pe pământul ăsta. Dar, în cazul pacientei mele, trebuie desigur să fim precauți în a ne bucura de această afirmație. Aici este vorba de o ideologie. Pacienta a făcut o virtute din incapacitatea ei de a-și lua ceea ce merită și de a se îngriji de ea însăși.

Interpretarea mea ar putea să sune așa:

„Ceea ce pledați dumneavoastră aici este absolut corect: noi toți trebuie să fim mai modești. Dar când dumneavoastră exprimați această directivă, mie îmi sună o alarmă interioară. Modestia dumneavoastră s-a născut din nevoile anilor timpurii, dumneavoastră nu ați avut aproape deloc în copilărie și adolescență libertatea de a vă apăra și păstra în ordine ceea ce posedați. Numai cel care a avut cândva voie să fie egoist — și să se scalde în abundență — păstrând anumite limite, poate mai târziu să renunțe, din convingeri interioare. Îmi amintiți de povestea cu vulpea și strugurii: pentru că aceștia erau prea sus și nu-i putea ajunge, vulpea a pretins că sunt acri." (Interpretare la nivel cognitiv: atitudinile axiologice și concepțiile despre lume aparțin domeniului cognitiv, aici mă adresez ideologiei despre modestie a pacientei.)

Ultima frază din discursul pacientei de la începutul ședinței:

„Dar bărbații nu se pot împăca deloc cu asta, parcă sunt toți din neamul lui „Ia"!

Această formulare este cu adevărat importantă în mai multe privințe. Este o obrăznicie să judeci toți bărbații după același calapod și să le atribui tuturor tendința spre rapacitate. Sunt surprins: pacienta mea timidă, pacifistă, izbucnește într-o judecată devalorizatoare de mare calibru. Aș putea să interpretez agresiunea ei și să spun: „O, iată, loviți bărbații unde-i doare mai tare. Trebuie să fiți tare furioasă pe ei!" (Interpretare pulsională). Un alt înțeles al afirmației exprimă o anumită atutudine de resemnare: „...Bărbații nu se pot împăca deloc cu asta", poate însemna: ei nu pot fi modești și de aceea lumea noastră trebuie să dispară. Aici se observă o anumită pierdere a speranței, așa cum este caracteristic pentru depresivi. Aș putea să mă adresez acestei stări de spirit a pacientei, acestei dispoziții durabile staționare și să fac o interpretare afectivă.

Desigur că se poate arăta incorectitudinea generalizării („toți bărbații sunt din neamul lui „Ia") și pacienta poate fi invitată la testarea realității, de exemplu, găsind chiar ea exemple de bărbați dezinteresați sau fiind confruntată cu exemple contrare din experiența terapeutului după motto-ul: „Aici percepția dumneavoastră este pur și simplu perturbată, iar pesimismul care rezultă din ea este nejustificat!" (Interpretare la nivelul funcțiilor Eului). În continuare aș putea să încerc să clarific printr-o interpretare genetică apariția acestei tulburări de percepție: „Fratele dumneavoastră egoist era din «neamul Ia», dumneavoastră nu ați avut nici o șansă să schimbați acest lucru, după cum nu v-a stat în puteri să vă schimbați mama. A fost fără speranță, mama îl va iubi mereu mai mult decât pe dumneavoastră". Dar asta încă nu ajunge. Am avut brusc o idee despre „bărbații rapace", care se leagă de o întâmplare concretă din timpul săptămânii. Cu o ședință înaintea aceleia în care a adus visul cu „frumoasa rochie nouă" a prietenei, ea a plătit pentru prima dată din propriul buzunar o oră de terapie pierdută din cauza unui act ratat. A făcut acest lucru la plecare, astfel că nu am mai avut ocazia să discutăm despre gândurile și sentimentele legate de acea situație. Atunci mi-am dat seama că nu numai fratele, ci și terapeutul erau din „neamul Ia". Am pus în discuție cu pacienta posibile gânduri și trăiri emoționale care s-ar putea corela cu acea situație. A fost surprinsă și nu a înțeles nimic, de ce m-aș fi gândit, fie și numai o secundă, la tot ce era mai evident în lume. A găsit total în ordine să plătească ședința pierdută, conform înțelegerii. Nici un regret, nici o furie reținută, nici o urmă de emoție care să poată fi abordate. I-am spus pacientei: „Este adevărat că ședința pierdută trebuie să fie achitată din banii personali. Mă mir că această situație nu v-a produs nici o supărare. Bani frumoși — pentru nimic. Alți pacienți ar prefera să nu plătească onorariul pentru ședința anulată. Aceștia scrâșnesc din dinți, se enervează, înjură, își imaginează ce-ar fi putut cumpăra cu banii sau fac aluzii sau spun: „Ei, bine, aș vrea să-i mai am!". Dar la dumneavoastră nu a fost nimic de acest fel în conștient. Unde ar fi trebuit să fie gânduri și sentimente, la dumneavoastră era gol, sau mai bine zis, o lacună (Interpretarea lacunei).

Nu vă permiteți să recunoașteți că pierderea banilor ar avea o oarecare semnificație pentru dumneavoastră. Îi dați cu bucurie, banii nu înseamnă în aparență nimic pentru dumneavoastră. Dar pe de altă parte vă plângeți de oamenii avari. Și eu fac parte în mod sigur dintre ei (Interpretare de transfer). Simțiți că este ceva în neregulă? Sunteți depresivă. Sufletul dumneavoastră vă spune cu claritate că este ceva care nu stă în picioare. Cred că este ceva care are de-a face cu felul dumneavoastră de a da. Dați prea mult din substanța dumneavoastră și păstrați prea puțin pentru propriul folos. Îi certați pe bărbați! Poate vă e teamă că și pe dvs. vă va cuprinde o dată o asemenea lăcomie. Îmi închipui că asemenea gânduri vă sunt foarte neconfortabile" (Interpretarea apărării, interpretarea psihodinamicii nevrozei ei).

Poate că cititorul va fi acum surprins că un material atât de relevant a fost distilat din primele zece fraze ale unei ședințe de terapie și că a putut fi folosit pentru douăsprezece catego-

rii de interpretări (interpretare la nivel afectiv, interpretare pulsională, interpretare la nivel narcisic, interpretare de transfer, interpretare la nivelul relaţiei de obiect, genetică, psihodinamică, de Supraeu, interpretarea apărării, interpretare la nivel cognitiv, interpretare la nivelul funcţionării Eului, interpretarea lacunei).

Desigur că nu am folosit cu pacienta tot acest larg spectru de posibilităţi de interpretare pe care le-am înfăţişat cititorului. Alături de interpretările genetice, m-am concentrat în primul rând asupra interpretărilor de transfer deoarece acestea o provoacă pe pacientă la confruntare cu terapeutul şi pentru că posedă cea mai mare forţă de implicare afectivă şi de schimbare.

În acest punct vreau să evidenţiez că interpretarea reprezintă pentru procesul analitic un instrument foarte potent şi bogat în variante. În alte locuri s-a spus deja, desigur, că pe lângă această tehnică universală, există şi pot fi utilizate cu succes şi multe alte modalităţi de intervenţie.

După prezentarea interpretării vreau să vorbesc pe scurt despre felul în care abordez rezistenţele şi despre gestionarea transferului, despre atitudinea mea vis-a-vis de abstinenţă şi despre îmbogăţirea activităţii analitice prin activităţi terapeutice, care nu aparţin cadrului clasic. Să începem cu tema rezistenţei:

Conceptul de „rezistenţă" descrie un anumit comportament, supărător, al pacienţilor. După Freud, analizandul întâmpină descoperirea inconştientului cu o anumită rezistenţă, deoarece scoaterea la lumină a dorinţelor pulsionale anterior refulate, este legată de ruşine, teamă de pedeapsă sau sentimente de vinovăţie. Prin rezistenţă în sens larg poate fi descrisă orice modalitate de comportament a pacientului, care perturbă travaliul analitic, încetineşte procesul terapeutic sau îl face imposibil, de exemplu: tăcere în loc de asociere, întârziere la şedinţe, trecere la act în loc de verbalizare, uitarea viselor, ascunderea unor circumstanţe de viaţă importante, punerea între paranteze a unui întreg domeniu al existenţei (de exemplu, sexualitatea) şi multe altele.

De mult m-am dezobişnuit să consider aceste aşa-numite rezistenţe ca fiind perturbări nedorite ale procesului analitic. Fiecare pacient se comportă absolut consecvent conform cu structura sa psihică internă. Fiecare din manifestările vieţii sale este pentru psihologul avizat un mesaj plin de semnificaţie, chiar atunci când, privit superficial, pare să prejudicieze scopul spre care tinde terapia. La o analiză mai exactă, încercările de fugă sau de mascare, acţiunile de sabotare sau manevrele de ocolire ale pacienţilor, dezvăluie chiar punctele lor sensibile. Atunci când li se acordă o atenţie deosebită ajungem negreşit în zona anxietăţii şi narcisismului lezat al pacienţilor. Faptul că nu are cum să falsifice este tocmai puterea absotută a psihanalizei, care o face demnă de încredere (cu excepţia comportamentului extrem). Această siguranţă uşurează cu mult munca analiştilor. Nu trebuie să ne supărăm în legătură cu nesupunerea faţă de ceea ce este recomandabil sau să încercăm să facem pacientul să se supună în permanenţă la un anumit ritual de lucru.

Un adevărat stâlp de susţinere al procesului psihanalitic este reprezentat de transfer. Conceptul de „transfer" descrie experienţa observabilă zi de zi, şi anume că pacientul transferă asupra analistului sentimente, dorinţe, agresivitate, atracţie sexuală sau frici, care au fost iniţial legate de persoanele cu care a fost în relaţii primare sau de alţi oameni din preajma lui, sau chiar de sine însuşi şi prin acestea face din analist o persoană de conflict.

Există trei variante de transfer:

a) Pacientul îl înlocuieşte pe analist cu mama/tatăl său. De exemplu, după o scurtă analiză, furia sa în legătură cu o neatenţie a terapeutului îl face să vorbească de mama sa, care nu-l asculta niciodată cu atenţie, ci foarte adesea era distrasă sau ocupată cu alte lucruri. Mica întâmplare din şedinţa analitică l-au condus pe pacient — pe un drum ocolit legat de supărarea pe terapeut — să poată din nou să elaboreze o situaţie traumatică repetitivă din copilărie.
b) Pacientul percepe analistul ca o fiinţă în care nu se poate avea încredere, răsfrângând asupra lui întreaga sa imagi-

ne specială a lumii și oamenilor, așa cum îi percepe el în principal pe toți semenii lui. Din istoria apariției neîncrederii sale vedem că ea nu este un efect al unei relații din trecut cu o persoană anume, ci este rezultatul unei copilării în totalitate catastrofale. În acest caz interpretarea sau clarificarea biografiei respective nu duce adesea prea departe. Ani de zile analistul trebuie să se dovedească a fi o persoană de încredere, sensibilă, răbdătoare și care îl acceptă pe pacient și să-i facă astfel posibilă o experiență emoțională corectoare.

c) Pacientul îl percepe pe analist ca pe o instanță severă, restrictivă, critică, moralizatoare sau ca un om care îi oferă lui prea puțină iubire, care preferă alți pacienți, care se plictisește în timpul ședinței cu el, care nu are nici un fel de interes pentru el, care disprețuiește femeile și le consideră proaste, ș a m d. În aceste cazuri preiau felul în care mă definesc pacienții. Nu încerc să le scot din cap temerile, ci chiar dimpotrivă: îi încurajez să se confrunte cu această „nonpersoană" care sunt eu, să-mi arunce în față furia și dezamăgirea lor și să mă ia drept incorect și rece. Demolându-mă, asaltându-mă, făcându-mi curte, făcându-mi reproșuri, protestând cu ciudă, înjurându-mă, plângând, îmbufnându-se, dorind, sperând și jelind, pacientul își descarcă afectele adunate din copilăria timpurie, își împacă treptat trauma și își demontează emoțiile neîndeplinite.

Atunci când este posibil, lucrez cu forma de transfer cel mai recent apărută. Acesta este elementul de eficiență al oricărei terapii.

Permiteți-mi acum să vorbesc despre abstinență. Chiar Freud a stabilit că orice psihanaliză trebuie să se desfășoare în abstinență, pacientul și analistul nu trebuie să schimbe intimități sau să nu se întâlnească în afara ședințelor. În afară de aceasta terapeutul trebuie să rămână pentru pacient o hârtie nescrisă, pentru a putea fi folosit cât mai bine de către pacient pentru proiecție și transfer.

Trăim într-o perioadă în care, prin presă, radio și televiziune tema abuzurilor sexuale a căpătat o nebănuită actualitate.

Apar tot mai multe raportări în care unii psihoterapeuți bărbați sunt acuzați de abuz de către unele paciente. Apelul la judecarea și pedepsirea respectivilor este pe bună dreptate tot mai intens. Nu există iertare pentru o astfel de abatere profesională, psihoterapia trebuie să se desfășoare în abstinență. Asta nu exclude faptul că în unele situații este permis contactul corporal între pacient și terapeut, dar numai după ce analistul anunță gestul pe care urmează să-l facă și obține permisiunea expresă din partea pacientului. Am ținut mâna pe umărul pacienților mei timp de cinci până la zece minute în următoarele situații:

a) pacientul a suferit un atac de panică;
b) pacientul a ajuns într-o situație de disperare;
c) pacientul resimte cu groază pierderea lumii și relațiilor, este amenințat de pierderea tuturor legăturilor umane și de deriva în „răceala de gheață a întregii lumi".

În aceste situații amenințătoare existențial nu se poate ajunge la cei afectați doar prin cuvinte. A recurge la abstinență și a-i lăsa să se chinuie, consider că este inuman.

Închei aici mica incursiune în activitățile terapeutice din terapia practicată de mine, prin ceea ce se abate de la ritualul psihanalizei clasice:

a) Când pacientul își reamintește un eveniment traumatic sau descrie o situație investită fobic, îl invit să vizualizeze situațiile respective, să le retrăiască de mai multe ori ca într-un film, cu toată dezvoltarea angoasei, atâta timp cât este necesar până la liniștire.
b) Atunci când un pacient este preocupat în timpul ședinței de analiză de o persoană importantă cu care se află în conflict (mamă, tată, frate, soră, profesor, șef actual), îi face reproșuri, este furios sau foarte trist sau îi este foarte dor, îl invit uneori să se adreseze direct acestei persoane. Acest lucru conduce adesea la o întărire frapantă a emoțiilor trăite față de persoana conflictuală, clarifică sentimente nevăzute până atunci și în plus permite o descărcare catarctică.
c) Când pacientul se află în preajma unei confruntări, a unei situații de examen sau de concurs de care se teme sau când

trebuie să poarte o discuție importantă dar care îi produce anxietate, eu îi stau la dispoziție ca partener de discuție sau de confruntare. În acest joc de roluri exersăm modalități de discuție și de argumentare corectă.

d) Când în cursul unei analize după legile artei se ajunge la o decompensare sau la o înrăutățire evidentă a stării pacientului, îl invit, pentru ședința următoare, să se așeze față în față. Se va renunța pentru moment la cadrul regresiv și în scop de suport, se va recurge la focusarea pacientului pe realitatea cotidiană momentană.

e) Când pacientul se află într-un conflict de durată aparent nerezolvabil cu partenerul de viață sau când același partener nu poate ține pasul cu maturizarea și dezvoltarea pacientului și de aceea este foarte neliniștit sau reacționează cu gelozie față de rezultatele psihoterapiei, propun o ședință de cuplu. În situațiile nefavorabile poate să nu fie de nici un folos, dar oricum nu face rău. În cele mai multe cazuri conduce la o relaxare a situației de cuplu, la o liniștire a partenerului, la începutul unei eficiente terapii de cuplu sau la o mai bună punere în lumină a elementelor patologice ale relației.

f) Cu unii pacienți renunț la regula abstinenței relativ la anonimatul vieții mele private și vorbesc cu ei despre unele aspecte personale, despre concediul meu, despre hobby-uri, despre evenimente personale și despre situația familială. La acești oameni este vorba, fără excepție, despre perturbări extrem de timpurii „care i-au lăsat fără obiecte interne pe care să se poată baza". Ei au nevoie de un semen al lor concret, din carne și sânge, de posibilități de identificare și de a doua ocazie de a repara procesul, ratat în copilăria timpurie, de găsire și de construcție a obiectului.

g) Când un pacient, din disperare, furie, frică sau autodistructivitate încăpățânată, vrea să ia o hotărâre importantă pentru viața sa, care în nici un caz nu poate fi în interesul lui (de exemplu, să-și părăsească partenerul, să-și abandoneze serviciul, să se sinucidă), mai întâi nu voi fi împotrivă, ci mă voi solidariza cu problema lui cu toată seriozitatea.

În toate aceste cazuri metoda de elecție se dovedește a fi ca așa-numita regulă Jiu-Jitsu care a fost făcută cunoscută și popularizată de Watzlowick: nu contrazic, nu vreau să scot din cap pacientului ideea sa, nu îl avertizez și nu îi arăt urmările nefaste, ci dimpotrivă: mai întâi marșez cu pacientul în aceeași direcție și fantazez, împreună cu el în legătură cu ideea sa, în toate amănuntele. Pacientul poate și trebuie să-și trăiască, în spațiul protejat al situației analitice, toate acțiunile pe care vrea să le îndeplinească în existența reală. Când i se permite să gândească ceea ce este de negândit, să plănuiască împotriva oricărei rațiuni și să-i șocheze pe cei din jur (în mod deosebit pe analistul său), planurile sale își pierd din puterea distructivă și din atractivitate. Îndeplinirea lor în cadrul fantasmei este suficientă, va putea apoi să renunțe fără regrete.

Cu această privire generală fragmentară despre tema depresiei vreau să închei capitolul introductiv. Au fost puse în paranteză în mod voit teoriile comportamentale și cognitive în cercetarea depresiei precum și aspectele somatice și eforturile corespunzătoare în cercetare (cercetări fiziologice și biochimice, ipotezele aminelor biogene în depresie). Cititorul trebuie să se aștepte în următoarele capitole, de la doi până la doisprezece, la modele de explicație și concepte terapeutice orientate exclusiv spre psihologia abisală. Într-un rezumat de încheiere (capitolul 12) se trag concluzii teoretice și practice din această lucrare și se încearcă, descrierea și cuprinderea esenței depresiei și a caracterului depresiv.

Capitolul 2

Depresia și tulburările oralității

Depresia este apărarea
împotriva dorinței de a lua în posesie cu mare lăcomie.

În literatura psihanalitică de specialitate perturbarea oralității este adesea incriminată ca determinant principal al tulburării depresive nevrotice (Abraham, Rado, Glower, Bergler, Fenichel, Sandler/Daré, Horney, Schulz-Hencke, Riemann, Ehlhard, Dührssen, Sievers König).

Ideea de bază comună tuturor acestora este că în primul an de viață copilul mic trăiește intensiv evenimentele existenței prin intermediul gurii (primirea hranei, perceperea informațiilor despre lucruri cu ajutorul orificiului bucal) și cele mai puternice nevoi se satisfac prin modalitatea incorporării. Foamea și hrănirea vor fi astfel motoarele centrale ale existenței copilului și în același timp punctele vulnerabile ale structurii sale psihice aflate în construcție.

„Nevoile grupate în jurul foamei și senzației de sațietate aparțin trăirilor celor mai elementare ale unui copil mic. Primul lucru pe care copilul și-l dorește intens este hrana". (Dührssen, 1954).

Dimpotrivă, atunci când bebelușul trebuie să sufere de foame, primind hrană insuportabilă, adică falsă sau fiind hrănit

într-un moment nefavorabil sau neputând să fie sigur niciodată, când și dacă nevoile sale orale vor fi de fapt satisfăcute, aceste chinuri sufletești timpurii vor lăsa o impresie adâncă în sufletul omului micuț și incomplet.

„Din cauza privațiunilor orale precoce", scria Dührssen, „copilul va rămâne pe termen lung cu tensiuni pulsionale nesatisfăcute care vor fi punctul de plecare pentru reacții nemăsurate de invidie sau pentru ură, lăcomie sau nerăbdare sau pentru resemnare depresivă absolută." (Dührssen, 1954).

„Stuctura depresivă apare", după cum scria K. König (1992), „conform părerilor actuale, în special printr-o perturbare a interacțiunii dintre mamă și copil, legată de primirea hranei prin componentele ei materiale și emoționale".

„Dorințele orale, care nu sunt îndeplinite sau sunt îndeplinite numai într-un mod lipsit de empatie, nu se pot dezvolta. Pentru a evita dezamăgirea ele vor fi respinse, evitate." (König, 1992). Lumea exterioară are mai târziu pentru această persoană „atât de prejudiciată, prea puțin caracter de provocare". (König, 1992).

Dar nu numai faptul de a suferi de foame sau de a primi o hrană oferită nesatisfăcător, ci și obstacolele puse conștient în forma interdicțiilor și sancțiunilor (mustrare și bătaie) aplicate de adulți în legătură cu pulsiunile orale, pot să conducă la un copil mic la așa-numitele inhibiții ale trăirii presiunilor orale (Schultz-Hencke, 1940). Copilul sănătos trăiește intense impulsuri de a pune stăpânire pe obiecte și le exprimă prin apucarea spontană a tuturor lucrurilor comestibile și a obiectelor ispititoare. Dacă aceste manifestări vitale sunt interzise parțial sau în mare măsură, se va ajunge, prin formarea reflexului de frică și mai târziu a sentimentelor de vinovăție, la o îngustare, frânare sau chiar refulare aproape completă a dorințelor orale. Pulsiunea orală va fi inhibată, adică dorința de a avea și de a lua în stăpânire fără grijă sunt eliminate ca modalități de trăire și de acțiune din conștiința copilului respectiv.

Constituirea unei structuri nevrotice depresive ca urmare a unei oralități perturbate poate să fie consecința în primul

rând a trăirii îndelungate și intense a foamei, mai ales în cursul primului an de viață, în al doilea rând, a inhibării trăirii pulsiunilor orale și în al treilea rând, a blocării trebuințelor pulsionale retentive ale dorinței de a păstra și a unei dărnicii dresate (inhibiția faptului de a păstra).

Dar mai există în viața timpurie a omului o altă posibilă cauză care poate conduce la o tulburare orală. Este vorba de situația exagerării gratificării orale, atunci când, evitându-se frustrarea optimă, unui copil i se oferă hrană în exces precum și obiecte pe care să le posede, pe care el, chipurile, le-ar fi cerut. Aceste mame care răsfață prea mult sunt adesea persoane care nu au nici un fel de antene pentru multiplele interese extra-orale (nevoia de stimulare, de contact fizic, de a fi ținut în brațe etc) ale copilului lor și care interpretează orice manifestare de nemulțumire a bebelușului ca foame și cerere de hrană. Consecința comportamentului mamei este că trebuințele pulsionale orale se hipertrofiază și copilul până atunci unilateral răsfățat, odată cu suprimarea în viața de mai târziu a stării „paradisiace" inițiale, va trăi suferința unei mari pierderi.

Experiența umană în legătură cu „dorința de a avea și de a primi hrană" va fi curând generalizată în cursul dezvoltării sale și extinsă asupra tuturor lucrurilor care pot fi posedate, inclusiv asupra banilor. Astfel destinul oralității timpurii va deveni reprezentativ pentru toate domeniile învecinate: a lua, a cere, a pretinde, a solicita, a aborda; a da, a oferi, a jertfi, a se lăsa exploatat; a păstra, a aduna, a strânge; a se simți mulțumit, bogat, a-și permite; a se simți nemulțumit, păgubit, înfometat, sărac.

În domeniul psihologiei abisale există un consens general că nici un copil nu își uită trăirile rele timpurii și frustările, ci le ancorează structural. Ele vor fi întipărite în structura de personalitate care se va forma și în anii următori se vor manifesta bolnăvicios în situațiile de tentație sau de frustrare care vor atinge domeniul posesiunii (captării și retenției). În legătură cu felul în care va fi influențată existența ca adult a persoanei care a suferit traume orale în copilăria timpurie, există un consens în literatură.

Respectivul ar putea (după S. Ehlhard, 1971) să-și refuleze pulsiunile orale captative și retentive și pe această bază să nu mai trăiască nici dorința de bani și posesiune (lacună în trăire). În al doilea rând ar putea să simtă clar exigențele pulsionale orale ca tensiuni interne, pe care însă să le respingă ca fiind lipsite de modestie și necuvenite. Și ca a treia variantă: nevoile de înglobare orală mobilizează sentimente de vinovăție, iar persoana respectivă se salvează din situația de conflict negând căutarea posesiunii și a valorii sale sau reducându-și propria capacitate de a percepe posibilitățile orale exterioare (scotomizare). Persoana cu inhibiție orală fie se impune ca un om „modest și care se sacrifică pe sine", care se ridică mult deasupra josnicelor dorințe de posesiune și importanță ale celorlalți oameni care gândesc materialist, fie el are o atitudine exagerat de atentă sectorizată în sfera orală, suferind de frica de pierdere, de sărăcire, de înfometare și având mereu sentimentul că este prejudiciat în viață. Acesta ar putea pe de o parte să manevreze o atitudine de modestie și sacrificiu, fiind mereu gata să ofere și să se lase exploatat, iar pe de altă parte să demonizeze oral lumea și să atribuie celorlalți oameni propriile lui dorințe pulsionale orale refulate și să se vadă expus pericolului amenințător de fi folosit sau chiar jefuit de ei. De asemenea, relațiile interumane, mai ales cel de iubire, vor fi interpretate oral și privite sub aspectul lui a da și a lua, a dori să ai și a primi. Posibila pierdere a persoanelor cu care se află în relații apropiate sau a prietenilor îi provoacă frica de a nu mai exista nimeni care să îl hrănească și să îl îngrijească la nevoie.

Așteptări și pretenții uriașe, care cu mare regularitate se regăsesc la persoanele cu inhibiții orale, rămân foarte adesea nepronunțate, dar pot să se întipărească în atitudinea sau aparența individului. Pot să transpară în manifestări agresive sau în exprimarea unor cereri disproporționate. De asemenea, cunoscutele crize de foame intensă sau episoadele de lăcomie de a lua și de a poseda indică existența unei oralități perturbate.

Să ne punem în acest loc întrebarea, cum se transformă în boală depresivă predispoziția caracterului oral perturbat, tocmai descrisă, ca structură de personalitate. Cum se ajunge la pertur-

barea depresivă a dispoziției la acești oameni puși în situații speciale de tentație sau frustrare? Se consideră motive pentru o îmbolnăvire depresivă (în limitele acestui model explicativ):

1. Sursa îngrijirilor orale este pierdută sau este amenințată de pierdere.
2. Lipsurile și renunțările depășesc o anumită mărime, până atunci compensată.
3. Ofertele sau posibilitățile orale atrăgătoare nu pot să fie percepute ca urmare a propriei inhibiții sau scrupulozități.

Întrebându-ne asupra esenței psihodinamice a motivelor găsim o formă scurtă a primului model explicativ înfățișat aici: o perturbare depresivă a dispoziției apare întotdeauna când o situație de frustrare orală din copilăria timpurie se agravează și persoana respectivă nu se află în poziția să elimine prin forțe proprii acest deficit. Această definiție nu este valabilă pentru copilul hiperîngrijit oral. Aceștia se îmbolnăvesc ca adulți atunci când răsfățul sau dădăceala orală trăită până atunci slăbesc sau chiar dispar.

Conform acestui model, ce consecințe terapeutice se desprind din apariția și persistența unei boli depresive? Cum s-ar comporta un psihoterapeut, când a identificat o oralitate perturbată sau actualizarea ei drept dinamică de bază a unei depresii?

Pentru a putea provoca o vindecare, următoarele schimbări de personalitate trebuie avute în vedere în schițarea unui proces terapeutic:

1. Conștientizarea nevoilor pulsionale orale inconștiente ale pacientului și a manifestărilor în atitudine, simptome și formațiuni defensive.

2. Demontarea inhibițiilor orale și a sentimentelor de vinovăție orale și a cognițiilor corespunzătoare.

3. Punerea la dispoziție a unui cadru terapeutic, în limitele căruia stările de lipsă orală timpurie marcate emoțional să poată fi retrăite în regresie și transfer.

4. Despărțirea, prin travaliul de doliu, de trebuințele orale de recuperare. (Dorința de a fi hrănit de terapeut se poate manifesta întrebător ca rezistență de transfer, până când pacientul este gata să renunțe la „dorința sa de satisfacere" (Greenson, 1972).

5. Dezvoltarea și construirea unor posibilități de activitate captativă.

6. Anularea fixației adesea unilaterale pe interese orale prin lărgirea spectrului de nevoi în noi domenii de satisfacere.

Capitolul 3

Depresia şi dorinţa nesatisfăcută de simbioză

Depresia este strigătul tăcut după iubire!

„Depresia este strigătul tăcut după iubire!" (Deiter, 1986) şi vreau să completez cu cuvintele lui E. Jakobson, „încercarea de a face imposibilul posibil". (Jakobson, 1971)

Începând cu lucrările lui Margaret S. Mahler (1949, 1952), în psihologia psihanalitică a dezvoltării, s-a considerat că primul an de viaţă al copilului poate fi caracterizat printre altele prin conceptul de fază simbiotică. Expresia „simbiotic" reprezintă în acest context o metaforă şi descrie o particularitate a perioadei 0,1 -1 an (cu punctul maxim situat între 0 — 0,5), şi anume, faptul că în mod normal atunci există legături foarte strânse între mamă şi copil. René A. Spitz (1945, 1946, 1948, 1950), Michael Balint (1937, 1959), E. H. Erikson (1951, 1953, 1960) şi John Bowlby (1951, 1953, 1960) alături de alţii, s-au ocupat de asemenea amănunţit de comunicarea, atât de intensă şi de importantă pentru întreaga dezvoltare a omului, dintre mamă şi copilul mic în cursul primului an de viaţă.

Pentru M. S. Mahler conceptul de simbioză desemnează „acea stare de nediferenţiere, de fuziune (a copilului) cu

mama şi în special imaginea iluzorie a unei graniţe comune a celor doi indivizi, care în realitate sunt separaţi." (Mahler, 1975)*

Mahler a vorbit de unitatea dublă mamă — copil şi s-a referit la acelaşi lucru pe care René A. Spitz l-a exprimat prin „diadă". Diada mamă — copil constă în „procese circulare de rezonanţă" (Spitz, 1965), care se manifestă în primul rând în schimbul reciproc de afecte. Spitz subliniază marea importanţă a proceselor emoţionale oscilante dintre mamă şi copil şi le desemnează ca fiind deschizătoare de drum pentru dezvoltarea tuturor domeniilor personalităţii.

În acest punct doresc să încerc să prezint câteva dintre momentele cele mai importante ale fazei simbiotice, corespunzătoare fiecărui compartiment din spectrul nevoilor, care leagă copilul, cu inevitabila sa dependenţă, de mamă.

Este vorba în primul rând de trăirea contactelor intense. Apropierea senzorială prin contact fizic la nivelul pielii, mijlocită prin mângâieri, dezmierdări, săruturi, prin faptul de a fi cuprins şi ţinut în îmbrăţişări şi purtarea în braţe realizează o atmosferă de siguranţă şi trăirea, prin corporalitate, a unei elementare confirmări a existenţei. „Mama suficient de bună" (Winnicott) are grijă de bunăstarea fizică a copilului (mâncare, hidratare, căldură, baie), îl mângâie, îl leagănă şi îl calmează şi preia importanta funcţie de liniştire a agitaţiei emoţionale a copilului, provocată de tensiune sau teamă.

Ea se uită la copil, zâmbeşte, face gesturi de încurajare, vorbeşte cu el, reacţionează la exprimările mimice şi vocale, la sunetele de bucurie şi la gângurit şi îi oglindeşte trăirile. Ia naştere un dialog, un joc de Ping-Pong, un du-te-vino de semnale încărcate emoţional. Copilul este punctul central al intereselor materne şi al manifestărilor ei emoţionale (în cazul optim). Bebeluşul aşteaptă prezenţa mamei, disponibilitatea ei perma-

* Între timp ştim din cele mai noi cercetări în domeniul observării bebeluşilor că ipoteza non-separării mamă — copil în faza simbiotică este limitată că mica fiinţă umană se poate resimţi foarte devreme pe sine ca fiinţă separată. (Lichtenberg, 1987)

nentă, el vede în mamă „un obiect de la sine înțeles" (Balint, 1968). În această diadă armonioasă doar unul dintre parteneri are voie să aibă dorințe, interese și nevoi. Mama trebuie să fie acolo în întregime pentru copil și să realizeze, prin îngrijirea și disponibilitatea „iubirii primare" (Balint), un climat afectiv, în care să se producă „o întâlnire armonioasă" (Balint) între copil și lume, într-o bunăstare lipsită de tensiuni.

Copilul se comportă mai mult pasiv-receptiv. „Nevoia de a fi iubit, formează o parte componentă esențială a relației primare de obiect" (Balint, 1968). Cu ajutorul capacității sale empatice, mama reușește să perceapă corect „instinctiv" nevoile copilului. Participarea sa empatică la experiențele de viață ale bebelușului îi garantează acestuia înțelegerea chiar fără cuvinte. Primul an de viață nu este doar perioada apariției capacității de a avea o relație de obiect, ci și a disponibilității de a avea încredere, pe care Erikson a descris-o cu conceptul de „încredere primară". La sfârșitul unei faze simbiotice care s-a desfășurat bine, copilul posedă siguranța plină de speranță încrezătoare, că există întotdeauna cineva care până la urmă îi înlătură tensiunile legate de neplăcere și de nevoi. Prezența caldă și relativ constantă a mamei îi satisface dorința de siguranță și ocrotire. Din perspectiva adultului această perioadă de contopire armonioasă cu obiectul matern atotputernic este adesea fantazată ca o stare paradisiacă, în care a existat o fericire incontestabilă.

Pe noi ne interesează desigur în primul rând în cadrul acestei lucrări simbioza nefericită sau parțial perturbată dintre mamă și copil și potențialul de boală care poate să rezulte de aici.

René A. Spitz a arătat într-un mod foarte sugestiv în lucrările sale cum manifestările materne dăunătoare (cauzate de personalitatea perturbată a mamei) și retragerea parțială sau totală a afecțiunii au condus la îmbolnăviri prin deficit emoțional la copiii respectivi. El a considerat că „probabil perturbările psihogene din copilăria timpurie vor crea o predispoziție către dezvoltarea ulterioară a unor manifestări patologice". (Spitz, 1965).

Prin observarea pacienților profund regresați în anumite situații analitice, M. Balint a postulat ipoteza așa-numitei „perturbări bazale" și a considerat-o urmarea unei relații obiectale primare eșuate. El menționează: „Conform observațiilor mele, se pot urmări cauzele perturbării bazale până în fazele timpurii ale dezvoltării individului și se constată acolo o discrepanță între nevoile sale bio-fizice și îngrijirile materiale și psihice și atașamentul care i s-au pus la dispoziție în acea perioadă. Aceasta conduce la o stare de deficit..." (Balint, 1968). Există un număr mare de oameni de știință de orientare psihanalitică care s-au ocupat de problema mamei patogene, de trăsăturile și comportamentele acesteia și mai ales de influența patologică a persoanelor de relație primară (Sigmund Freud, Anna Freud, T. Benedek, M. S. Mahler, E. Jacobson, P. Greenacre, M. Klein, D. W. Winnicot, G. Bateson, T. Lidz, H. F. Searles, H. Schultz-Hencke, A. Dührssen, F. Riemann, H. E. Richter și mulți alții).

Dar eu nu vreau să mă refer aici la o tipologie „psihotoxică" a modalităților comportamentale (R. Spitz) ale obiectelor primare, ci mă voi mulțumi cu o constatare sumară, și anume aceea că anumite atitudini greșite și omisiuni ale primelor persoane de relație conduc la o satisfacere deficitară a nevoilor simbiotice ale bebelușului în primul an de viață.

Ar trebui acum firește să fie dovedit dacă dorința de fuziune simbiotică nesatisfăcută în copilăria timpurie — care persistă ca stare de lipsă, rămâne trăită difuz sau își continuă existența inconștient în viața adultă — printr-o depresie nevrotică ulterioară cu care să se afle într-o relație de cauzalitate.

Gerö (1937) a pledat pentru ipoteza că adultul depresiv este fixat la nevoi timpurii ca acelea de protecție, siguranță, afecțiune maternă și gratificare orală pasivă.

J. Bowlby (1951) stabilește o legătură între ușoara deprivare din primul an de viață și depresia care apare mai târziu.

P. C. Kuipers (1966) este de părere că un individ care se îmbolnăvește de o depresie nevrotică este fixat la nevoia de iubire pasivă din copilăria timpurie. A cărei frustrare în viața de mai târziu va conduce la desfășurarea procesului depresiv.

„Situațiile de deprivare în perioada de sugar", scria Lidz (1968), „vor afecta procesul ulterior de dezvoltare a personalității, deoarece toată energia va fi în continuare folosită pentru a asigura totuși satisfacerea, protecția și siguranța care lipsesc. Astfel de frustrări vor deschide drumul pentru tendințele de dependență regresivă din viața adultă, de nostalgie după ocrotire și dăruire personală din partea celorlalți sau, în cazul situațiilor de deprivare de mai târziu, de pierdere pesimistă a speranței, de furie și deprimare".

După G. Irle (1974) dorințele și nostalgia simbiozei ar sta în prim-planul unor cazuri de îmbolnăvire depresivă.

Deși M. Balint nu subliniază în mod expres o legătură între „tulburarea bazală" și depresia nevrotică de mai târziu, se subînțelege totuși că afectarea descrisă la adult este urmarea lipsurilor din copilăria timpurie. Cel care suferă din cauza unui astfel de deficit își descrie dorințele simbiotice astfel:

„Întreaga lume, tot ceea ce înseamnă ceva pentru mine, trebuie să mă iubească și să mă protejeze în orice fel, dar nimeni nu trebuie să aștepte de la mine eforturi sau răsplată. Contează doar dorințele, interesele și nevoile mele; nimeni care înseamnă ceva pentru mine nu are voie să aibă interese, dorințe sau nevoi care să fie diferite de ale mele; dacă, totuși, cineva are dorințe proprii, trebuie să și le subordoneze ușor și fără ranchiună celor pe care eu le am, pentru ei trebuie să fiu o bucurie, o plăcere și se adapteze dorințelor mele. Când se întâmplă așa, eu sunt bun, vesel și fericit și asta trebuie să îi ajungă și celuilalt. Când nu se întâmplă așa, este pur și simplu îngrozitor pentru mine și pentru lume" (Balint, 1968).

Când omul respectiv nu primește substitutul pentru ceea ce-i lipsește — după Balint — printr-o înțelegere de neperturbat și fără cuvinte, vibrație armonioasă într-o contopire reciprocă pătrunzătoare, atunci el va considera că viața sa nu mai merită să fie trăită și că ar fi cel mai bine să moară. Îl vor stăpâni sentimente de lipsă de sens, de gol, de a fi părăsit și de a fi mort.

Cu citatele din Balint aș face trecerea către prezentarea aspectelor structurale ale persoanei cu deficit simbiotic. Aș vrea acum să conturez, din experiența cu pacienții mei depresivi, tabloul acestui caracter și mai ales să le descriu starea, cursul trăirilor și lumea dorințelor.

Persoana cu deficit simbiotic se plânge adesea de lipsa evidenței trăirii. Întreaga sa viață este impregnată de o tonalitate dureroasă și plină de nostalgie, de o mișcare interioară de căutare în direcția unui scop care promite să se îndeplinească, dar care adesea este foarte neclar. În centrul acestei autopercepții se află o lipsă clar trăită, un gol emoțional, un sentiment de neîmplinire care doar arareori se poate calma, care poate crește până la o insatisfacție existențială chinuitoare. În marea majoritate a cazurilor persoana respectivă nu știe ce-i lipsește. Uneori crede că ar cunoaște scopul dorințelor sale (o proprietate, o nouă ocupație, schimbarea locuinței, ascensiuni profesionale sau sociale, un anumit obiect de consum, un nou partener etc) și speră că îndeplinirea lor va duce la desființarea lipsei. Dar de fiecare dată când presupusul vis i s-a îndeplinit, devine conștient în mod dureros că a vânat o fantomă. Se simte chiar mai rău decât înainte și va fi confruntat din nou cu claritate cu vechile și neconsolatele trăiri ale lipsei. Satisfacțiile și bucuriile normale ale vieții cotidiene vor fi simțite fie ca anoste și fade, fie vor putea acoperi doar pentru foarte scurt timp deficitul resimțit profund. În legătură cu tot ceea ce face sau de ceea ce încearcă să se bucure persoana respectivă, are acest sentiment clar: Nu, nu asta este ceea ce căutam!

O pacientă descrie cât de puternic pot să se manifeste aceste nevoi simbiotice și apoi să paralizeze, după cum urmează:

„Aceste dorințe m-au invadat cu o forță care a făcut să-mi fugă pământul de sub picioare. Nevoia mea este atât de mare încât să nu pot fi niciodată sătulă. Mă face complet prizonieră. Apoi nu mai am loc pentru nimic altceva, toate celelalte sunt apoi total neimportante".

O satisfacție substitutivă pentru dorințe simbiotice năvalnice, frecvent practicată și care nu trebuie subapreciată, o reprezintă trăirea uneori amețitoare în fața frumoasei naturi.

Peisajul este căutat și savurat cu entuziasm, așa cum dovedește în continuare textul scris de o pacientă în legătură cu această temă.

„A privi grandioasa profunzime a unui peisaj străbătut poate desigur să aducă împăcarea nevoiașului cu situația lui pentru câteva ore sau zile. Pajiști umede în lumina dimineții, jocuri de umbre estivale sub frunzișul înalților fagi sau un soare târziu peste galbenul mat al vastei câmpii — acestea sunt oaze de simțire în mijlocul anului cenușiu".

Mai există și o altă soluție mult mai importantă (pe care nu am discutat-o încă), al cărei potențial de speranță a salvat de la disperare pe unii dintre cei care suferă de acea lipsă. Este vorba de promisiunea fericirii: obiectul iubirii! În starea de îndrăgostire, după cum acești oameni o știu din propria lor experiență, starea de nostalgie chinuitoare dispare, și propria existență devine în mod miraculos deplină. Căpătăm cea mai profundă imagine despre formațiunile afective ale unei persoane cu deficit simbiotic abia în momentul când o relație inițial pasională se fisurează sau amenință să se rupă. Atunci devine clar — și va putea să fie verbalizat în analiză —, ce așteaptă și adesea cere cu ardoare respectivul de la obiectul iubirii sale, ce îi trebuie cu stringență și ceea ce i-a lipsit adesea parțial sau aproape total în copilăria timpurie, și anume:

- Schimb afectiv intens într-un spațiu de siguranță;
- Preocupări intenționale intense ale obiectului iubirii pentru persoana sa, legate de o ofertă de relație continuă, dar neintruzivă, și o disponibilitate de răspuns plin de bunăvoință;
- Contact fizic bogat în contextul apropierii corporale tandre (sexualitatea este pe planul al doilea sau aproape niciodată dorită);
- Disponibilitate neîndoielnică a celuilalt și prezență cât mai îndelungată (satisfacerea nevoii de siguranță);
- Ocazia de a regresa la poziția de dependență și astfel să primească îngrijiri pline de iubire (Satisfacerea nevoilor de dependență);

- Sentimentul că este centrul existenței celuilalt și astfel că este cel mai important în viața acestuia (satisfacerea pretenției de exclusivitate);
- Acceptarea necondiționată (fără critică) și renunțarea la cererea de contraserviciu;
- Punerea la dispoziție a unei atmosfere non-conflictuale, de armonie și prin aceasta, posibilitatea ca prin „vibrația comună a sufletelor" să ajungă la o stare de bine și mulțumire și la o contopire limitată în timp cu obiectul iubirii.

Nevoile enumerate ale individului adult care a suferit o perturbare bazală, pot fi privite ca dorințe infantile persistente. Acestea au caracteristicile lor specifice care dovedesc tocmai faptul că în cazul lor pulsiunile simbiotice nu au fost sau au fost insuficient trăite.

La clienții mei am observat și am abordat adesea caracteristicile prezentate aici.

Lipsa de acces a celui afectat la deficitul său simbiotic și eforturile sale de a învinge lipsa, sunt diferite de la pacient la pacient. Patru modalități se dovesc a fi cele mai frecvente:

În primul rând este vorba de încercarea de satisfacere directă. Viața pacientului respectiv este centrată pe căutarea unui obiect matern. Partenerul de iubire trebuie să anuleze lipsa de fericire de până atunci și să ofere mult dorita satisfacție.

O adevărată recuperare a fazei de dezvoltare infantilă este însă imposibilă pe această cale și, dat fiind că orice partener este suprasolicitat de condițiile de iubire și pretențiile celui care suferă de deficit, se ajunge inevitabil la o mare dezamăgire, adesea la faptul de a fi părăsit și apoi la repetiția aceluiași „joc".

Al doilea caz se distinge prin eforturi neîncetate de a ușura chinul deficitului prin surogate. Aici intră toate satisfacțiile substitutiv posibile și imposibile, de la mâncare și consum de alcool, la consumism, furia pasională a călătoriilor, până la căutările spirituale ale vindecării la diferite secte și grupări.

A treia modalitate de combatere a unui deficit simbiotic este modalitatea anesteziei. Prin activități neîncetate, prin înscenarea unor conflicte sociale dramatice și a unor tragedii în

relațiile de parteneriat sau prin dependența de muncă, se încearcă, de fapt, evitarea problemei propriu-zise.

La persoanele din cea de-a patra categorie sentimentul lipsei va fi refulat și adesea înlocuit cu o simptomatologie somatică psihogenă.

Se ridică acum întrebarea care situații de tentație și frustrare fac să escaladeze presiunea nevoilor simbiotice, atât de mult încât nu mai reușește integrarea sa și alunecă într-o stare afectivă depresivă. (Dezvoltarea simptomatologiei depresive este cea mai frecventă, dar nu singura modalitate de încercare de rezolvare nevrotică a acestei situații afective).

Următoarele motive conduc la acutizarea situațiilor de lipsă emoțională:

1. Înrăutățirea unei relații simbiotice până atunci parțial viabile (retragerea parțială a iubirii, decepția din partea obiectului iubirii);

2. Pierderea unei relații simbiotice până atunci oarecum satisfăcătoare;

3. Pierderea siguranței (renunțarea la vechiul loc de muncă, schimbarea locuinței, călătorii etc);

4. Oferta de iubire, apropiere, grijă, protecție și posibilitate de a se sprijini, nu poate să fie primită de potențialul receptor. (Este vorba aici de persoane care se apără de nevoile lor de iubire, protecție, siguranță și dependență simbiotice și care trebuie să-și accentueze în mod deosebit independența și autarhia.)

Ne punem acum întrebarea ce activități terapeutice speciale trebuie să utilizeze analistul al cărui pacient suferă de un deficit simbiotic și din această cauză a devenit depresiv. Sau altfel exprimat: Cum să ne purtăm cu un om astfel tulburat?

În primul rând: analistul îl va lăsa pe pacientul său să perceapă faptul că suferă de un sentiment dureros al deficitului. Îi va arăta acest sentiment al deficitului peste tot acolo unde efectele lui se exprimă în mod deschis sau ascuns, în spatele satisfacțiilor substitutive sau surogat și faptul că tinde, printr-o căutare neîncetată, spre împlinirea propriu-zisă, care este însă profund necunoscută. În sfârșit îl va conduce către a afla că, de fapt, căutarea se îndreaptă spre mamă. Din analiza de profunzime a relațiilor de obiect și transferențiale terapeutul va releva și va aduce sub ochii pacientului trăsăturile simbiotice, pe care trebuie să le aibă sau le are parțial, o comunicare năzuită sau existentă în realitate, cu o figură maternă substitutivă. Va vorbi despre primul an de viață al pacientului și se va referi la tulburările evoluției sale și mai ales la punctele slabe deduse din datele relevante ale acelei perioade. Prin acest fel de clarificări pacientul va căpăta cel puțin o imagine a posibilelor surse de perturbare a dezvoltării sale din copilăria timpurie. Ar putea cu această ocazie să înțeleagă faptul că nevoile sale simbiotice actuale au fost cândva legitime în fazele precoce ale vieții sale.

Aceste date ar putea conduce apoi pacientul către adevărul dureros că dorința sa momentană de simbioză n-ar putea fi gratificată nici de terapeut și nici de obiectul iubirii sale, deoarece este o pretenție de neîndeplinit și de nesatisfăcut. Adevărata renunțare la această dorință și abandonarea ei cu ajutorul unui intens travaliu de doliu ar putea să-l elibereze de permanenta sa foame simbiotică.

În al doilea rând: pe lângă posibilitatea de a reacționa printr-un travaliu de doliu întins și dureros la faptul de a nu fi primit gratificări în copilăria timpurie, se conturează un al doilea drum pentru un grup de pacienți.

Sunt comune ideile lui Balint privind așa-numitul „nou început" ca factor cu efect terapeutic. Vreau să prezint aici direcțiile gândirii lui Balint și să aduc, de asemenea, și propriile mele experiențe. După părerea mea, conceptul lui Balint despre perturbarea bazală, deși nu este formulat expres, se referă la oameni cu perturbări precoce, care au trăit cu deficiențe considerabile perioada simbiotică. Acest tip de pacient poate să ajungă la o regresie profundă benignă în cadrul unui

proces analitic și apoi să renunțe la „toate carapacele și armele de apărare" (Balint, 1968), atunci când terapeutul ajunge să realizeze „o atmosferă simplă, plină de încredere și lipsită de răutate" (Balint, 1968). După Balint, analistul trebuie să aibă o anumită atitudine față de pacientul său perturbat în domeniul simbiozei.

Balint: „El trebuie să fie acolo; trebuie în mare măsură să fie ascultător, nu trebuie să opună multă rezistență, trebuie neapărat să fie indestructibil și să permită pacientului să conviețuiască cu el într-un fel de contopire armonios limitată". (Balint, 1968)

Dacă acest optim se produce constant între pacient și terapeut și pacientul ajunge în acea regresie profundă tocmai descrisă, atunci experiențele sufletești trăite astfel pot să structureze o nouă bază emoțională, pe care va deveni posibil fundamentul unui nou început.

Am observat această situație, descrisă pentru prima dată de Balint și care este foarte importantă din punct de vedere terapeutic în interiorul procesului analitic, la aproximativ cincizeci la sută dintre pacienții mei depresivi și am luat parte la ea prin atitudinea mea. Aceste minute de regresie profundă (cinci până la treizeci de minute) sunt pentru mine o incursiune în formațiunile afective foarte timpurii ale copilăriei pacientului și o recuperare parțială a fazei simbiotice care nu a fost trăită suficient. În timpul acestui interval pacientul tace. Această situație îi arată analistului că această tăcere este bună și firească. El simte cu claritate cât de fundamental semnificative pentru pacient sunt aceste momente de oprire într-o zonă total liberă de conflict. Din discuțiile ulterioare despre procesele interioare ale pacientului în timpul acestor situații, terapeutul poate apoi cu ușurință să recunoască dacă pacientul a atins sau nu stadiul de vindecare al unui nou început. Există câteva semne tipice pentru caracterul autentic al acestor fenomene.

Pacienții care au ajuns la o regresie în faza simbiotică, relatează următoarele trăiri comune:

Dintr-o dată îi cuprindea o mare liniște și armonie. Cuvintele sau dorința de a comunica au devenit în acel moment fără sens. Îi cuprindea o puternică stare de bine și confort fizic, care uneori crește până la un blând sentiment de fericire. Se povestește mereu de senzații de plutire în aer sau în apă, de a fi purtat printr-un element învăluitor. În legătură cu terapeutul analizandul se simte într-o atmosferă de acord binefăcător și se cufundă într-o comuniune empatică. Analistul nu este prezent ca persoană concretă, ci este actual și important ca suport prietenos.

O pacientă de-a mea, care a trecut prin experiențele tocmai descrise, a dezvoltat fantasma că analistul o urmărea la malul unei mări din sud, de la o distanță de aproximativ un metru, fără ca ea să-l poată vedea, în timp ce ea plutea pe spate, în apa plăcut caldă, puțin adâncă și clară. Ea a repetat această reprezentare de mai multe ori în timpul ședințelor analitice stând întinsă pe canapea (de-a lungul unei jumătăți de an) și se imagina în aceste tablouri atît de însuflețit, încât avea impresia că stă chiar în apă și simțea corporal elementul umed portant. Astfel s-a cufundat într-o stare de liniște legată de plutirea în fericirea lipsită de nevoi.

În relație cu trăirea unei astfel de secvențe pacientul respectiv se simte schimbat. Dintr-o dată privește plin de speranță în viitor și a căpătat certitudinea că a trăit ceva foarte bun și important. I s-a dăruit un nou element de rezistență interior, care îl îmbogățește și-i face un nucleu de sine mai compact.

Restabilirea regresivă în cadrul unui proces analitic a unității pierdute sau niciodată trăite mamă-copil servește la repararea lipsurilor și decepțiilor într-o fază timpurie a copilăriei și dincolo de asta, „la anularea întregului lanț de traume cu care s-a confruntat la începutul trăirii sale ca subiect" (Specht, 1977).

Capitolul 4

Depresie şi Supraeu răzbunător

Un Supraeu agresiv torturează şi devalorizează pe purtătorul său.

1. Ipoteza de bază a lui Freud asupra apariţiei melancoliei

Vom discuta acum cel mai adesea descris model psihanalitic al existenţei dispoziţiei depresive: explicaţia, într-o oarecare măsură clasică pe care Freud a publicat-o în lucrarea sa „Doliu şi melancolie", în 1916, în Zeitschrift für Psychohanalyn, volumul IV.

Astfel depresia este urmarea unui conflict de agresiuni intrasistemice între o anumită reprezentantă a sinelui, şi anume, Supraeul (conştiinţa) şi restul Eului. Hotărâtor este că acest conflict sau luptă se încheie negativ pentru Eu, iar cel care pierde, Eul, depune armele. Freud scria în 1923: „Teama de moarte a melancoliei permite o singură explicaţie, că Eul se predă, deoarece este urât şi persecutat de Supraeu în loc să se simtă iubit" (*GW* volumul XIII, p. 28)

Freud subliniază de la început că teoria sa se potriveşte probabil doar „unui mic grup" de melancolici. El descrie melancolia ca reacţie la pierderea unui obiect al iubirii, faţă de care subiectul avea o atitudine ambivalentă, iubindu-l şi urându-l în acelaşi timp. Acest om apropiat nu trebuie să moară cu adevărat, ci poate să fie doar pierdut ca obiect al iubirii şi anume „prin influenţa unei îngrijiri reale sau prin dezamăgire..." (*GW*, volumul X, p. 435). Melancolicul renunţă la relaţia de obiect, dar se identifică el însuşi cu obiectul pierdut.

„Identificarea narcisică cu obiectul va înlocui apoi investirea cu iubire, ceea ce are ca urmare faptul că relaţia de iubire nu trebuie să fie abandonată, în ciuda conflictelor cu persoana iubită." (*GW*, volumul X, p. 436)

Freud scria: „Ne-am dat seama că autoreproşurile cu care melancolicul se chinuie fără milă, se adresează de fapt unei alte persoane, obiectului sexual, pe care l-a pierdut sau de care a fost devalorizat prin vina sa. De aici putem concluziona că melancolicul şi-a retras libidoul din obiect, dar printr-un proces pe care trebuie să-l numim „identificare narcisică" obiectul s-a introiectat în Eu, ca şi cum ar fi fost proiectat asupra Eului."

„Acum propriul Eu va fi tratat ca şi obiectul abandonat şi va suferi toate agresiunile şi manifestările răzbunătoare, care îi erau adresate obiectului. Chiar înclinarea către suicid a melancolicului poate fi evaluată în mod firesc ca înverşunare a bolnavului faţă de obiectul iubit/urât şi care va lovi şi propriul Eu." (*GW*, volumul X, p. 443)

În furia depresivului contra propriului Eu vor fi satisfăcute tendinţele la ură, valabile iniţial pentru obiectul iubirii şi „pe această cale se vor îndrepta contra propriei persoane". (*GW*, volumul X, p. 438)

„Autochinuirea melancolicului, fără îndoială plină de plăcere, înseamnă... satisfacerea tendinţelor sadice şi de ură adresate unui obiect şi care vor fi trăite pe această cale îndreptate contra propriei persoane." (*GW*, volumul X, p. 438)

„Pe calea ocolită a autopedepsirii" se va realiza „răzbunarea pe obiectul iniţial" (*GW*, volumul X, p. 438).

Pentru ca aceste procese să fie posibile, individul predepresiv trebuie să aibă anumite trăsături structurale, şi anume:

În primul rând: trebuie să fie înclinat către aşa-numita alegere narcisică de obiect, adică să încorporeze obiectul pierdut,

să-l preia în interior, în loc să deplângă pierderea lui şi, în al doilea rând, trebuie şi să aibă un anumit fel de Supraeu imatur.

Supraeul melancolicilor este după cum urmează:

În primul rând: nu este integrat armonios în Eu, „ci poate să fie în conflict cu Eul, pe care îl tratează ca pe un obiect..." (*GW*, volumul XIV, p. 254).

În al doilea rând: a rămas pe o treaptă de dezvoltare infnatilă: „Supraeul său este încă în conflict cu Eul, aşa cum tatăl cel sever este cu copilul său, iar moralitatea sa se manifestă într-un mod primitiv, lăsându-se pedepsit de Supraeu (*GW*, volumul XIV, p. 387).

În al treilea rând: supraeul poate (dar nu trebuie) să fie „moştenitorul genetic al instanţei parentale" (*GW*. Volumul XIV, p. 387). Omul respectiv a preluat în conştiinţa sa severitatea, iar ceea ce s-a jucat anterior între copil şi tată, se întâmplă acum în relaţia Eului cu Supraeul ca „o nouă scenografie pe o a doua scenă" (*GW*, volumul XIV, p. 409).

În al patrulea rând: copilul avea o agresivitate considerabilă contra autorităţilor copilăriei sale (tata, mama etc), deoarece îi pretindeau renunţarea la pulsiuni şi îl pedepseau. „Copilul a trebuit să renunţe în mod obligatoriu la satisfacerea acestor tendinţe agresive răzbunătoare". El se ajută pe sine să iasă din această situaţie, „admiţând în sine însuşi această autoritate de neatins, care devine Supraeul şi care acum poate să se dedea întregii agresivităţi, pe care ar fi exercitat-o în copilărie împotriva autorităţii" (*GW*, volumul XIV, p. 480-89).

Freud scria, „că fiecare bucată de agresiune a cărei satisfacere o omitem este preluată de Supraeu, a cărui agresivitate (contra Eului) creşte" (*GW*, volumul XIV, pl 488).

Freud consideră două modalităţi diferite cu privire la geneza unui Supraeu sever: într-un loc este de părere că putem să găsim o conştiinţă neîndurătoare la persoane adulte care s-au bucurat de „o educaţie blândă" (Freud). Severitatea Supraeului lor nu corespunde severităţii aflate de la tata sau mama, ci oglindeşte măsura agresiunii pe care el însuşi a avut-o contra tatălui sau mamei, dar pe care a trebuit să o re-

prime. Această furie netrăită va fi dirijată spre Supraeu şi îl va încărca agresiv în mod corespunzător.

Altă dată Freud scria că părţile severe ale obiectului primar introiectat formează un Supraeu foarte dur, „care se înfurie contra Eului cu o violenţă nemiloasă" (*GW*, volumul XIII, p. 235-85).

Vom reveni în capitol asupra tematicii apariţiei conştiinţei.

Vor urma câteva citate din psihanalişti cunoscuţi, care subscriu la formulările lui Freud despre apariţia depresiei.

Rado, S. (1927): „Supraeul ca agent al moralei părinteşti îşi îndreaptă împotriva Eului tendinţele distructive care pedepsesc."

Fenichel, O. (1945): „În melancolia clasică Supraeul luptă contra Eului."

Balint, M. (1952): „....condiţia caracteristică a fiecărei depresii (este) o fisură foarte dureroasă, prin care o parte a personalităţii o respinge pe alta, încearcă să scape de ea sau chiar s-o distrugă."

Spitz, R. (1965): „Dinamica depresiei la adult se fondează pe existenţa unui Supraeu sadic-tiranic, sub a cărui persecuţie nemiloasă Eul se prăbuşeşte."

Bräutigam, W. (1968): „Agresiunile sunt adesea respinse intrapunitiv în forma depresiei pe calea identificării cu obiectul urât şi iubit."

Jakobson, E. (1971): „În depresie Supraeul îndreaptă ostilitatea asupra Eului ca întreg sau asupra reprezentărilor Sinelui."

Blanck, G.; Blanck, R. (1974): „Depresia ca urmare a pierderii obiectului şi a unei patologii a Supraeului."

2. Apariţia conflictelor de ambivalenţă în copilăria timpurie

Observaţii empirice şi cercetări asupra sugarilor, care în prezent reprezintă o temă de cercetare interdisciplinară, încep să influenţeze şi să schimbe într-o măsură aproape revoluţionară dogmele de şcoală care se menţinuseră valabile mult timp în cadrul psihanalizei. Aşa a fost, de exemplu,

pusă sub semnul întrebării ipoteza pulsiunii agresive înnăscute şi în locul acesteia s-a favorizat ideea că agresiunea reprezintă „urmarea preprogramată a unei frustrări" (Parens, 1973).

J. D. Lichtenberg a vorbit în acest context de două tipuri de reacţie de care dispune sugarul, şi anume, sistemul afirmării de sine şi sistemul aversiunii. „Reacţiile aversive se pot activa oricând, chiar dacă sunt amorţite atâta timp cât nu apare nici o frustrare". „Dacă sugarul este expus unei excitaţii distone sau dacă... afirmarea de sine este blocată sau frustrată, sugarul îşi va activa sistemul aversiv amorţit până atunci şi va reacţiona prin neplăcere şi prin atac şi/sau prin devitalizare şi retragere." (Lichtenberg, 1990)

Cu cât mai frecvent şi mai intensiv este constrâns copilul în timpul fazelor foarte timpurii ale vieţii sale, datorită unor situaţii familiale nefavorabile, către un comportament de reacţii aversive, cu atât mai mare va fi potenţialul de agresivitate primară care se constituie în el. Vreau să descriu în acest loc o serie de modalităţi greşite de comportament matern/patern şi de atitudini afective cu efect psihopatogen, care pot să aducă copilul într-o poziţie ambivalentă faţă de persoana de relaţie primară şi chiar să lase să ia naştere acel rezervor al furiei de care a fost vorba.

a) Sugarul este expus adesea şi în mod repetat la experienţe de acord deficitar: mama nu poate să simtă corect nevoile copilului, îl hrăneşte la ore nepotrivite, îl deranjează când el vrea să fie liniştit, îi refuză contactul vizual, îi respinge cererea de relaţie, nu ştie cum să-l liniştească. Mamă şi copil îşi greşesc în parte. Nu se ajunge la împărtăşirea şi sincronizarea nevoilor şi a dipoziţiei lor afective.

b) Sugarul nu poate să-şi formeze aşteptări sigure despre cum se va purta mama cu el, pentru că atitudinea de îngrijire este foarte schimbătoare, uneori chiar foarte diferită şi pendulează între disponibilitate plină de bucurie şi îndeplinirea cu nervozitate a unei obligaţii.

c) Copilul este confruntat cu acte de ne-iubire, neglijarea parţială sau respingere; el trece prin ameninţătoare izbucniri de furie ale tatălui, cu ţipete şi bătăi.

d) Aici intră întreaga paletă de evenimente şi influenţe parentale psihopatogene, deci tot ce poate duce la formarea sentimentului de ură la copil; de exemplu: frustrare orală, abuz sexual, relaţii de tip double-bind, umilinţă şi înjosire, tăcere de gheaţă şi retragere, oscilaţii dispoziţionale neaşteptate, ameninţări cu abandonul sau suicidul, rupturi afective, faptul de fi adesea lăsat singur, scandaluri de durată şi iritabilitate cu agresivitate permanentă.

Factorii genetici de risc enumeraţi mai sus nu pot însă să ducă la formarea unei poziţii ambivalente la copilul respectiv, mai este necesară încă o linie de influenţă, pentru a putea să apară întreaga povară specifică acestor oameni.

Persoanele de îngrijire primară au şi părţile lor bune: dialogul dintre mamă şi copil nu deraiază întotdeauna. Există experienţe de fericire şi exuberanţă, de acceptare şi satisfacere a nevoilor elementare. Tocmai aceasta face caracterul ambivalent, faptul că obiectul este în acelaşi timp iubit şi urât, pentru că el este pe de o parte demn de iubire şi pe de altă parte rău, incapabil şi neprielnic. Ainsworth şi colab. (1978) au putut să diferenţieze la copiii de un an trei tipuri diferite de legături — copilul în relaţie sigură, în relaţie ambivalentă şi în relaţie de respingere. Este interesant că aceste modele de legături bazale sunt deja constituite şi stabilite la vârsta de un an şi rămân probabil prezente toată viaţa (în lipsa terapiei).

Despre copilul cu relaţie ambivalentă se spune: „Sunt dependenţi de persoana de legătură şi anxioşi. Un mediu străin îi înfricoşează. În timpul absenţei mamei, ei sunt neliniştiţi, uneori disperaţi. La întoarcerea mamei se poate observa o pendulare clară între dorinţa de contact şi rezistenţa în faţa unei apropieri." (citat din Köhler, L. 1991)

Pentru ca mama să nu fie pierdută ca obiect intern, ea va fi pe lângă aceasta idealizată, disponibilitățile ei pozitive firave și trecătoare vor fi exagerat de mult valorizate și supradimensionate.

3. Supraeul sever și geneza lui

O serie întreagă de autori de renume s-au ocupat cu constituirea conștiinței la copilul care crește, și anume, S. Freud (1913, 1921, 1923), C. Müller-Braunschweigt (1921), E. Jakobson (1946), L. C. Smith (1958), A. Freud (1952), A. Reich (1954), D. Beres (1958), R. Spitz (1958), St. Hammermann (1965), J. Cremerius (1977) și alții și au discutat următoarele probleme:

a) Ce este conștiința?
b) Când se constituie ca instanță, în ce fază a dezvoltării libidinale se formează? Cum arată predecesorii preoedipieni ai Supraeului?
c) În ce condiții ia naștere o conștiință deosebit de severă? Cum arată patologia Supraeului?
d) Ce urmări are un Supraeu sever asupra dezvoltării Eului?
e) În ce relație se află sentimentul inconștient de vinovăție, nevoia de pedeapsă, tendințele masochiste (reacții terapeutice negative) cu conștiința severă?

Conștiința se trece drept substructură a Eului. Constituirea sa poate prezenta grade diferite de intensitate a severității, fără să fie considerată anormală. „Vorbesc de Supraeu patologic atunci când există o tensiune durabilă între Eu și pretențiile conștiinței, care este atât de puternică, încât Supraeul apare ca structură separată și Eul capitulează în fața lui." (Cremerius, 1977)

Mai mulți autori sunt de acord că nucleul arhaic al Supraeului (Glover, 1943), precursorul Supraeului (Ferenczi, 1925) sau componenții Supraeului (Spitz, 1958) se constituie deja în perioada preoedipală, dar mai ales în faza dobândirii controlului sfincterian, atunci când funcțiile de reținere sunt învățate cu ordine și interdicții severe. Construirea conștiinței are loc — mai ales aceea a Supraeului sever — printr-o identificare precoce a copilului cu obiectele lui agresive (neiubitoare) și cu atitudinea acestora, sau altfel spus: prin luarea înăuntru (introiecție) a autorității care critică, cu interdicțiile sale severe și comportamentul său de pedepsire, în Eul puțin structurat al copilului mic.

Constituirea celei de-a doua componente a Supraeului, și anume, a Idealului Eului, se petrece după preluarea idealurilor parentale și a principiilor morale de către copil.

Dacă ordinele și interdicțiile adulților, regulile sociale și principiile morale ale conviețuirii, sunt impuse copilului foarte mic „prea devreme și prea brutal — înainte să existe un Eu suficient de matur — și anume, prin întrebuințarea forței, izolarea sau retragerea iubirii" (Cremerius, 1977), Eul său nu va fi capabil să îndeplinească această sarcină. „Nu-i mai rămâne nimic altceva de făcut decât să se supună" (Cremerius, 1977). Pentru că agresivitatea educatorului va fi internalizată de către copilul care crește și va contribui la nuanțarea afectivă a conștiinței sale de mai târziu, va lua naștere o personalitate cu un Supraeu sever. Așa-numitul sado-masochism provine din stadiile genetice precoce ale dezvoltării și se explică prin cruzimea educatorului, față de care Eul copilului se va plia prin masochism. Supraeul său (ca urmaș al părinților) va prelua partea sadică (de la tată sau mamă), iar Eul pe cea masochistă. Astfel poate să ia naștere „o satisfacere pulsională optimă între cele două instanțe (Supraeu/Eu) ca între doi parteneri", o oarecare „fericire perversă" (Cremerius, 1977).

Freud a prezentat legătura dintre Supraeul sadic și Eul masochist prin funcția lor în melancolie și a descris-o după cum urmează: Eul se recunoaște vinovat și se supune pedeapsei Supraeului.

Este necesar să diferențiem două tipuri de personalitate în funcție de relația lor cu Supraeul:

a. Purtătorul unui Supraeu patologic (tipul 1) se remarcă de regulă printr-un Eu slab, adică prin: „Înaltă ambivalență, nehotărâre, îngustare a gândirii creatoare, obediență, abilități deficitare de gestionare a pulsiunilor și niveluri înalte ale anxietății" (Cremerius, 1977).

b. Purtătorul unei conştiinţe severe (tipul 2) poate să fie, prin forţa Eului în posesia tuturor funcţiilor Eului şi totuşi să cadă în depresii sub influenţa conştiinţei severe.

Acum trebuie să introducem în mod amănunţit elemente despre cele mai frecvente conţinuturi ale Idealului Eului şi să arătăm cât de puternic pot aşa-numitele idealuri de viaţă ale oamenilor să cântărească şi să-i împingă pe aceştia în depresii.

Comandamentul integrităţii morale absolute îl obligă pe purtătorul ei la un stil de viaţă obsesional corect; el trebuie să respecte meticulos şi exact toate legile şi poruncile şi să se supună unei rigori morale care îi impune cele mai înalte pretenţii şi îi sufocă din faşă orice plăcere a vieţii.

Comandamentul de a fi paşnic cere de la deţinătorul acestui ideal un comportament fără agresivitate, reacţii prietenoase la atitudinile provocatoare ale celorlalţi oameni, răbdare nesfârşită în orice împrejurări şi stricta reprimare a oricărei reacţii de furie care, totuşi, creşte în el.

Într-o situaţie psihică asemănătoare se găseşte o persoană, care alege drept ideal comandamentul de supunere faţă de orice autoritate. Aceasta trebuie să se adapteze şi să se supună chiar dacă instanţa sus-pusă este nedreaptă, cere lucruri care nu se pot cere sau se dovedeşte incompetentă. Îşi va impune interdicţia de a gândi, evitarea conflictelor, reprimarea criticii şi a părerilor proprii şi obedienţa exhaustivă şi fără crâcnire faţă de orice directive.

Există, de asemenea, un ideal de modestie şi de sărăcie autoimpusă: a mânca şi a bea cu economie, a renunţa la aspectele confortabile şi costisitoare ale civilizaţiei occidentale (autoturism, maşină de spălat etc.), autolimitare, refuzul dorinţei de a cumpăra, faptul de a nu-şi permite nimic, de a face daruri importante şi de a avea o viaţă bogată în renunţări.

Idealul de smerenie îl obligă pe purtătorul lui să renege plăcerea de autoafirmare şi de vanitate, dorinţa de admiraţie, de autoritate şi onoare şi să trăiască cu ideea că este un nimic lipsit de însemnătate, un om plin de greşeli şi slăbiciuni căruia nu îi este permis când să-şi ridice cu mândrie capul şi să-şi imagineze ceva despre propria valoare.

Există idealul îndeplinirii datoriei şi al disponibilităţii pentru efort („Fii sârguincios, străduieşte-te până la epuizare, nu-ţi reduce zelul pentru muncă, îndeplineşte-ţi toate îndatoririle care ţi-au fost impuse conştiincios şi bine"); comandamentul de asprime faţă de sine-însuşi; idealul de perfecţiune („fii vârful absolut în tot ceea ce faci!"); Idealul de iubire („Iubeşte-ţi aproapele, fă numai bine!"); Idealul de a fi o mamă perfectă, un iubit perfect, o soţie perfectă, un reprezentant extraordinar al profesiei proprii etc.

Conţinutul Idealului Eului din prezent s-a distanţat desigur tot mai mult de virtuţile bisericii creştine şi ale culturii occidentale, valabile timp de mii de ani (Cine mai este astăzi modest, smerit şi supus?) şi s-a dezvoltat tot mai mult în direcţia valorilor narcisice: bogăţie, prestigiu, poziţie socială înaltă, faptul de a fi fără greşeală, idealul de supraom, frumuseţe corporală, tinereţe, faptul de a fi star, de a avea putere, de a poseda calităţi extraordinare, de a fi ceva deosebit.

Un Ideal al Eului constituit conţine un potenţial patologic în sine, deoarece nu încetează să emită pretenţii faţă de purtătorul său şi îl constrânge la realizarea unor scopuri ideale. A nu îndeplini scopurile anterior trasate în Idealul Eului (care sunt oricum inaccesibile) determină o stare de iritare şi de permanentă tensiune şi nemulţumire la purtătorul său şi duce la o încărcare agresivă suplimentară a Supraeului său. Conştiinţa ridică degetul ameninţător şi reproşează respectivului ratarea sa, exact aşa cum înainte părinţii reproşaseră insuficienţele respective.

4. Structura de personalitate predepresivă

Adulţii care în cursul vieţii se îmbolnăvesc de o depresie „clasică", au caracterul structurat de caracteristici comune: posedă o sensibilitate mare de a percepe binele şi răul, o conştiinţă hipertrează, un simţ deosebit al răspunderii şi ataşamentului pentru valorile morale. Au uneori o mare presiune de a se justifica şi o nevoie de a cere iertare, sunt plini de scrupule inadecvate şi suferă de mustrări de conştiinţă chinuitoare pentru un rău sau o greşeală pe care ar fi făcut-o, chiar atunci când

nu este cazul. Au tendința să se autoacuze pe nedrept și sentimentul că merită să fie pedepsiți. Au un înalt sentiment al valorii sociale și se evidențiază prin autocerințe morale exagerate. Printre ei îi găsim pe mult citații oameni ai datoriei, care se evaluează pe ei și pe ceilalți prin imagini despre valoare exagerat de severe; oameni care se evidențiază printr-o conștiinciozitate deosebită, punctualitate și ordine și care frapează prin stilul de viață obsesional-corect.

În ceea ce privește reglarea angoasei de Supraeu și sentimentului conștient și inconștient de vinovăție, se face uz de următoarele strategii de apărare: nevoia de pedeapsă duce la autoreproșuri, la devalorizare cronică, la autopedepsire până la autoprejudiciere, la aspirația de repara și în sfârșit la proiecția vinovăției în exterior.

Cei mai mulți dintre ei au un Ideal al Eului deosebit de înalt, la modul deschis sau nu, care fiind de neîmplinit, îl pune pe purtătorul său într-o permanentă tensiune de autonemulțumire.

Existența unei patologii de Supraeu determină Supraeul să rămână „personificat și legat de obiecte externe. Imaginile rele ale părinților constituie nucleul Supraeului, care va primi astfel o marcă rigidă și adesea sadică." (Rhode-Dachser, 1979)

5. Situațiile de încercare și de eșec și dinamica depresiei clasice

Greșeli morale ușoare, presupuse eșecuri în îndeplinirea comandamentelor sau a scopurilor prestabilite ale Idealului Eului, conflictualitate și înăsprirea relației cu obiectul iubirii, dar mai ales pierderea obiectului (prin retragerea acestuia, abandon agresiv, despărțire sau deces) reprezintă factori psihici care pot declanșa o dinamică depresivă.

În literatura psihanalitică clasică pierderea obiectului, a unei persoane apropiate, este discutată aproape în exclusivitate ca factor declanșator pentru o melancolie. Decesul sau plecarea obiectului este trăit de persoana respectivă, conștient sau subliminar, ca o jignire/frustrare grea („Cum a putut să-mi facă asta?"), ceea ce va întări dușmănia deja existentă față de obiect.

După S. Freud melancolicul reacționează la o pierdere de obiect prin faptul că preia în Eu obiectul iubit, la care se raportează ambivalent, și se identifică cu el, iar Eul se comportă ca și cum el ar fi acum obiectul contra căruia își îndreaptă ura.

În legătură cu dinamica depresiei clasice mai există două modele freudiene de explicație, care pornesc de la faptul că pierderea obiectului accentuează un potențial de ură deja existent la cel care a suferit pierderea.

Modelul 1 (prezentat mai sus) definește depresia ca o urmare a furiei contra obiectului introiectat, care este fuzionat cu Eul purtătorului său.

Modelul 2 vede în depresie urmarea unui conflict agresiv intrasistemic, în care o conștiință foarte severă se înfurie contra Eului. Prin pierderea obiectului și prin amplificarea urii rezultate de aici (care din cauza ambivalenței existase întotdeauna într-o formă atenuată) sadismul Supraeului crește, se îndreaptă contra Eului, care acum se prăbușește sub loviturile devenite grele ale Supraeului și devine depresiv, impulsul îndreptat inițial spre obiect devenind un reproș al Supraeului contra Eului.

Și acum alte câteva observații despre frecvent întâlnitul comportament suicidar la melancolici:

Fiecare psihoterapeut care se ocupă de pacienți depresivi cunoaște sloganul: sinuciderea este de fapt o crimă mascată, sinucigașul un criminal ascuns. Se potrivește oare această formulare ticăloasă și dacă da, ce înseamnă ea?

Din scrisorile pe care sinucigașul le lasă, din ceea ce comunică după tentative de suicid ratate și din fantasmele de sinucidere care apar în ședințele de analiză, aflăm că disperarea faptului de a-și provoca moartea se vrea înțeleasă ca petiție sau ca acuzație împotriva presupusei lipse a iubirii din partea aparținătorilor sau obiectului iubirii. Abia acum, cu prețul autoeliminării, îndrăznesc să-și exprime furia, până atunci acumulată și nestinsă și să-și imagineze cum tata, mama, sora sau soția stau plângând și plini de arzătoare sentimente de vinovăție la mormântul său și regretă amar propriile comporta-

mente nedrepte și lipsite de iubire pe care le-au avut față de cel mort. Un al doilea mecanism, instalat și mai profund în inconștient, a fost formulat de Freud și se înțelege după cum urmează:

Depresivul se identifică cu obiectul său de iubire pierdut, îl introiectează în propriul său Eu. Când se omoară pe sine, îl omoară și pe celălalt.

6. Principii terapeutice

Terapia tulburării prezentate aici are ca scop conștientizarea, perlaborarea și rezolvarea conflictul de ambivalență al depresivului față de persoana de relație primară și demontarea Supraeului său sever.

6.1. Perlaborarea conflictului de ambivalență

Situația terapeutică prezintă un bun pronostic mai ales când conflictul de ambivalență al pacientului apare în transfer, adică atunci când pacientul poate simți „ura și simpatia" în relația cu analistul. El află în felul acesta să-și recunoască dualitatea și să o înțeleagă ca pe o problemă chinuitoare, dar și plină de urmări. În căutarea cauzelor acestei constelații emoționale va ajunge fără dificultăți la relația cu mama (sau cu tatăl) și va constata cu mirare, poate și cu consternare, cât de mare era în copilărie, și încă mai este și astăzi, furia sa împotriva persoanei de relație primară. Atunci vor deveni vii toate scenele casnice în care copilul nu era înțeles, era abordat fără iubire, umilit, pedepsit pe nedrept, folosit pentru nevoile adulților sau descurajat.

Cu aceste ocazii pacientul poate să învețe — puțin câte puțin — să vorbească despre mânia sa împotriva unuia sau ambilor părinți, în special dacă îi solicităm acest lucru în conversație.

Substratul supărării sale nu este că mama sa îl respingea, era rea sau chiar crudă cu el, ci faptul că, pe lângă aceasta, ea se purta adesea afectuos, plină de înțelegere și răsfățându-l, ceea ce a putut să fragilizeze sufletul imatur al copilului și să-l facă să se închidă.

Pacientul câștigă treptat o cunoaștere a părților pozitive și negative ale persoanei de îngrijire primară și o imagine despre aceasta, de ce a trebuit el să refuleze „partea rea" a mamei, dacă a vrut să nu o piardă ca persoană întreagă. A trebuit s-o idealizeze și să prețuiască cu glas tare avantajele, pentru a acoperi toate vocile critice și reproșurile împotriva ei.

Descoperirea conflictelor de ambivalență care au activat până atunci în inconștient aduce de regulă o lumină clarificatoare asupra situației de cuplu a respectivului de multe ori dificilă. Pacientul devine conștient că și în relația din căsătoria sa se exercită, prin compulsia la repetiție, efectul nesănătos al aceluiași mecanism al iubirii și urii ascunse. Situația terapeutică se prezintă desigur mai dificil atunci când persoana de îngrijire primară este introiectată în forma mamei rele și frustrante, iar pacientul însuși sau o mare parte din el există tocmai prin această imagine de mamă rea, el simțindu-se identic cu obiectul urii sale. Apoi fiecare lovitură contra mamei respingătoare se îndreaptă — de data aceasta în sens invers — împotriva lui însuși, apoi ura sa se transformă în ură contra sinelui propriu și se înfurie pe propria persoană.

În toate aceste constelații pentru mine s-a dovedit de ajutor faptul de a clarifica pacientului că adesea noi oamenii nu suntem dintr-o bucată, ci purtăm de multe ori în piepturile noastre mai multe suflete. În cazul lui, așa îi explic, este vorba acum de a accepta partea din el însuși, până atunci respinsă, care se identificase cu mama și de a o trăi din plin în fantasmă.

De aceea trebuie să-și imagineze situații în care, chiar într-un mod exagerat, face totul așa cum ar face dacă ar fi mama/tata. Eu sprijin fantasmele lui și le îndrept uneori către un maxim, le eliberez de caracterul reprobabil moral, dar sunt plin de înțelegere în legătură cu faptul că și-ar dori să scape de aceste sentimente, idei și impulsuri respingătoare. După retrăirea refulată a părții sale „satanice", aceasta își pierde cea mai mare parte din investiția sa psihică și din atracția negativă. În paralel cu acest proces, încerc să contrapun părții psihice respinse alte părți, valoroase, pe post de contragreutate.

Acum trebuie să pornim în căutarea unor trăsături de caracter și unor modalități comportamentale pozitive sau măcar a unor germeni de posibilități pentru pacient, pentru a-i arăta clar aprecierea noastră și de a i le aduce în mod repetat în fața ochilor în calitate de elemente de bază ale Sinelui său, demne de a fi iubite („Dumneavoastră sunteți și asta, și asta, și asta"). De asemenea: tu trebuie și ai voie mai întâi să fii rău, și când n-ai să mai ai chef de asta, ne vom îndrepta către părțile constructive ale personalității tale! A vrea să ușurezi situația pacientului relativizând trăsăturile sale trăite ca demne de ură, nu numai că nu are nici un rost, ci pot uneori chiar să-l convingă de contrariu.

Conștientizarea și elaborarea unui conflict de ambivalență reactivat al unui adult față de persoana de îngrijire primară și a agresivității eliberate și îndreptate intrapunitiv contra propriei persoane va fi îngreunată sau chiar făcută la început imposibilă, dacă pacientul respectiv se remarcă printr-un Supraeu deosebit de sever. Recomandările mele terapeutice se referă de aceea doar la acele cazuri, unde se prezintă un conflict de ambivalență pregnant, dar nu și un Supraeu foarte sever alterat patologic. În acest din urmă caz, demontarea acestei conștiințe riguroase și arhaic-punitive, are prioritate înaintea tuturor celorlalte eforturi terapeutice.

6.2. Elaborarea și atenuarea Supraeului sever

În legătură cu tema „Supraeul patologic și terapia sa", există excelenta lucrare a lui Cremerius, ale cărei idei aș dori să le prezint pe scurt în acest loc. Sub titlul „Reguli generale pentru tehnica tratamentului pacienților cu patologie a Supraeului", Cremerius scria (1977):

a) Regula de bază este: „Nu se lucrează la nivelul organizării defensive a Eului, nu se interpretează refulatul înainte ca Supraeul să fie redus și atenuat, adică teroarea sa inconștientă să fi fost făcută conștientă. Cine nu va ține seama de această regulă, va vedea cum fiecare progres va fi distrus de Supraeu." (p. 162)

b) „Trebuie să protejăm pacientul de rușine". De aceea trebuie să evităm să ajungă și să audă orice lucru împotriva căruia se exercită apărare, deoarece Supraeul reacționează cu o rușine violentă, astfel că trebuie să recurgă la măsuri de protecție maligne — proiecție sau autopedepsire". (p. 613)
c) Atenție la interpretări! Deoarece Supraeul are tendința „de a îndrepta interpretările contra Eului, în loc de insight apare o sporire a autoaprecierii!" (p. 613)
d) „Este necesar să fim deosebit de atenți să nu facem nimic care l-ar putea determina pe pacient să ne resimtă ca obiect rău". (p. 614)
e) Tăcerile mai lungi sunt dăunătoare, „ele pot aduce cu sine pericolul de a fi înțelese ca respingere, condamnare, nemulțumire". (p. 614)
f) „Este recomandabil, de regulă, să se renunțe la încercările de a spune pacientului lucruri prietenoase, consolatoare și aprobatoare". Există pericolul ca lucrurile spuse „să fie în mod neîncrezător întoarse în contrariu". (p. 614)
g) În legătură cu problema interpretării Cremerius prezintă în continuare următoarele:
   - Reținere în interpretarea conținutului inconștientului.
   - „Interpretările trebuie să fie făcute cu claritate". Ele trebuie să se mențină doar la nivel fenomenologic. (p. 615)
   - Interpretările trebuie făcute doar în doze minime.
   - „Interpretările de transfer trebuie să fie făcute cu o grijă deosebită astfel încât pacientului să i se facă accesibil faptul că pulsiunile sale nu se referă la persoana reală a analistului, ci la obiectul fantasmat, la un imago arhaic". (p. 615)
h) Idealizarea analistului trebuie să fie repede luată în discuție pentru a preîntâmpina dezamăgirea și eșecul tratamentului.

Cremerius prezintă în legătură cu aceste recomandări terapeutice reguli speciale pentru tehnica terapiei la pacienții cu probleme de Supraeu:

Ca rezultat al faptului că s-a ocupat timp îndelungat de pacienți cu probleme de Supraeu, a constatat că o atenuare a severității Supraeului „este posibiliă doar în cadrul unei analize de transfer condusă în mod consecvent". El scrie: „Doar prin repetiția intensivă a nevrozei infantile, a mecanismelor de introiecție și proiecție, a sentimentelor inconștiente de vinovăție și a compulsiunii de a fi pedepsit, văd o șansă pentru acești pacienți, ca Eul să fie făcut stăpân în casă". (p. 617)

a) Eforturile realizate de pacient pentru a face analiza pe cât posibil de bună și dezamăgirea sa față de progresele deficitare ale terapiei trebuie să îl facă pe analist să abordeze doar nivelul fenomenologic, de exemplu, să spună: „Ați făcut tot ceea ce a fost în puterile dumneavoastră iar acum sunteți nemulțumit de dumneavoastră". (p. 618)

b) Pacientul trebuie să învețe să audă ce se petrece în el, să afle despre propria sa istorie; evoluția urmează după faze de tăcere și după blocaje.

c) Bogata prezentare a pacientului despre sufletul său rău în tonalitatea „autodisprețului neîndurător" trebuie să fie comentată cu precauție de către analist după cum urmează: Constat că dumneavoastră vorbiți „doar despre lucruri negative, neplăcute, reprobabile" și excludeți ceea ce v-a bucurat și ceea ce v-a adus succes. (p. 622)

d) Reacția terapeutică negativă a unor pacienți se obține uneori prin interpretări consecvente, conform cărora autodistrugerea nu este nimic altceva decât ură față de un altul.

e) În următoarele părți ale lucrării sale, Cremerius se ocupă de fenomenul că pacientul proiectează pe analist Supraeul său sever sau obiectul rău introiectat și acest lucru poate îngreuna foarte mult terapia; cu întrebarea de ce Eul pacientului se arată adesea a fi un tovarăș rău pentru munca analitică și descrie cazul unui pacient al cărui Eu a capitulat în fața Supraeului, deoarece a renunțat la toate speranțele, că într-o zi va primi totuși confirmarea sa.

Această scurtă privire generală, mai mult schițată decât dezvoltată, despre procesul terapeutic la pacienții cu Supraeu sever nu poate și nu trebuie să înlocuiască studiul articolului lui Cremerius. Tuturor terapeuților care au de-a face cu acest fenomen complicat li se recomandă această lectură.

Capitolul 5

Depresie și deficitul individuației

Un adult devine depresiv deoarece observă că nu este adult.

Fiecare om este pus în decursul copilăriei și adolescenței sale în fața sarcinii de dezvoltare de a deveni o personalitate de sine stătătoare: cu idei proprii despre valoare și scopuri, cu o imagine despre propria persoană, care îi fundamentează identitatea, cu capacități adecvate de adaptare practică și de control al realității. Maturizarea include posibilitatea și capacitatea de a prelua responsabilități și de a avea o părere despre evenimentele lumi înconjurătoare. Adultul s-a separat de regulă de obiectele primare ale copilăriei sale, de părinți, este angajat în propria sa relație de cuplu și a învățat o meserie sau exercită o ocupație, cu ajutorul căreia poate să-și câștige existența.

Din păcate, adesea se observă că acest proces al devenirii de sine eșuează, ceea ce înseamnă că „nașterea psihică a omului" poate să aibă loc incomplet.

În mod special F. Riemann (1961), în prezentarea structurii nevrotice depresive, a descris deficitul individuației ca o precondiție pentru o decompensare depresivă de mai târziu. El discută condițiile de socializare ale unui copil astfel perturbat și prezintă tabloul unei mame-closcă hiperprotectoare, care

își menține copilul mic și neajutorat, preluând totul pentru el și sugrumându-i voința de dezvoltare de sine.

Copilul va fi împiedicat astfel să dobândească necesarele competențe bazale și să învețe să se afirme și să se impună pe sine. El poate exercita puține capacități sociale, nu va avea încredere în propriile sale impulsuri și va dobândi cu greu cunoștințe umane, așa că zonele de contact social cu cei de vârsta lui vor fi îngrădite. Mama-cloșcă, care își exploatează și abuzează emoțional copilul ca înlocuitor de partener, face totul pentru a-l lega pe copil de ea. Nu permite copilului agresiunea ca modalitate de distanțare și îndepărtare ulterioară. Își obligă copilul la iubire eternă („Trebuie să-ți iubești mama întotdeauna!") și îi construiește sentimente de vinovăție mereu disponibile și foarte intense, dacă vreodată se va îndepărta de ea.

În contrast cu mama-cloșcă descrisă mai sus se află situația existențială a lipsei de iubire. Copilul neiubit, puțin acceptat, tratat printr-o sărăcie emoțională, va resimți lipsa de afecțiune ca o vină proprie. El are impresia că nu este demn de iubire și de aceea nu are de fapt dreptul de a trăi. El trebuie mai întâi să-și câștige dreptul la propria existență, jertfindu-se pentru alții și supunându-se așteptărilor și dorințelor lor.

Cu toate deosebirile dintre aceste două tipuri de socializare, dezvoltarea lor conduce la consecințe asemănătoare.

Evoluția sufletească a unui om care prezintă un deficit al individuației poate fi descrisă după cum urmează:

El este menit unui obiect al iubirii și trăiește mai intens latura apropierii, devotamentului și dependenței. Dat fiind că devenirea de sine trece drept afront împotriva obiectului iubirii, toate situațiile care solicită independența atrag pericolul separării, și mobilizează o masivă teamă de pierdere.

Persoana trăiește numai prin confirmarea pe care o primește de la ceilalți, este legată ca un ecou de partener, se identifică cu el, renunță la sine parțial sau total, își reprimă propriile dorințe, este dependent, se adaptează până la caricatură, își inhibă agresivitatea și își trăiește prin alții dreptul la propria viață, lăsându-se întrebuințat. Are tendința să se suprasolicite și să se lase suprasolicitat. Nu poate să spună „nu" și se lasă condus în

comportamentul lui de ceea ce presupune că se așteaptă de la el. Se teme că își va pierde partenerul dacă îi refuză ceva. Prezintă cunoscuta atitudine de sacrificiu și consideră pretențiile celorlalți ca fiind „complet în ordine" (după F. Riemann).

Situațiile de tentație și de refuz, care duc la declanșarea unei stări depresive la oamenii cu structura nevrotică prezentată, arată după cum urmează:

- Plecarea din casa părinților
- Despărțirea de partener (care a fost un substitut parental)
- Apariția unei noi situații de viață, care implică dintr-o dată mai multă independență și răspundere (intrarea într-o activitate remunerată, nașterea unui copil, preluarea unui post).

Conflictul inconștient de dependență-autonomie mobilizat prin schimbarea de situație, este clasic considerat fiind substratul pentru declanșarea unei nevroze depresive. Dorința puternică de a se agăța și pe de altă parte — dorința de a recupera în sfârșit „activitățile temerare ale vieții" (v. Gebsattel) și de a deveni autonom, caracterizează acest conflict. Nevoia accentuată de dependență a acestor oameni este involuntară și are trei surse diferite:

În primul rând: teama de a trăi: „Nu pot să trăiesc fără tine, pentru că eu nu sunt adult și am o mare teamă de a trăi".

În al doilea rând: criza lipsei de sens: „Nu pot să trăiesc fără tine, pentru că fără acceptarea și valorizarea ta îmi pierd sensul vieții, mă simt lipsit de valoare, mă prăbușesc în mine ca un balon spart".

În al treilea rând: teama de vinovăție: „Nu am voie să trăiesc fără tine, pentru că a te părăsi înseamnă un păcat de moarte și eu voi fi pedepsit groaznic pentru asta".

În prezentarea modalităților terapeutice corelate cu aceste variante de depresie aș vrea să mă refer la F. Riemann (1961) și la formulările sale, pe care le consider valabile. Riemann recomandă:

- Abordarea tuturor acelor lucruri care pot sprijini dezvoltarea și întărirea Eului;
- A se discuta despre starea de a nu putea fi subiect;

- Renunțarea frecventă la poziția culcat pe canapea deoarece prin analiza tipică el poate fi suprasolicitat, din cauza deficitului capacității de a fi subiect; adesea pacientul nu poate să asocieze, tace neajutorat, reacționează cu frică și sentimente de vinovăție la neputința sa;
- Plasarea ședințelor la intervale scurte, din cauza angoasei de pierdere a pacientului; a veni în întâmpinarea năzuinței lui de siguranță; descoperirea, recunoașterea și elaborarea situațiilor germinale, deci a acelor situații în care pacientul își percepe nevroza pentru mai departe prin manifestări specifice structurii sale.

Catalogul câtorva situații germinale tipice:

- Unde și când pacientul nu riscă să-și spună părerea, să-și exprime dorințele, să-și impună nevoile?
- Unde și când este dispus pacientul la o reacție „struguri acri", cum ar fi renunțarea timpurie la propria dorință de dezvoltare și la gratificările meritate?
- Unde este el dispus la suprasolicitare cronică și la a se lăsa suprasolicitat?
- Unde și când practică el cu partenerul său un fel de ghicire a gândurilor și încearcă să-i îndeplinească presupusele dorințele?
- Unde și cu ce ocazii este el dispus să-i idealizeze pe ceilalți oameni ca protecție față de propriile impulsuri agresive?
- Unde refulează și trece el cu vederea partea urâtă, vulgară a lumii?
- Unde și când își refulează sau reprimă furia, de teama că îi va pierde pe ceilalți din cauza exprimării indispoziției sale? — Unde și când se abandonează milei de sine, ca satisfacție substitutivă?
- Unde și când se identifică el mult prea repede cu partenerul din perioada respectivă și vede lucrurile mai întâi din perspectiva acestuia, fiind cu toate înțelegător și aprobator? (F. Riemann)

În completarea ideilor lui Riemann aș vrea să mai menționez în continuare câteva modalități de intervenție terapeutică și să recomand folosirea lor:

- Analistul nu trebuie să se lase tentat de rolul de sprijin al funcției Eului ca urmare a neajutorării demonstrate sau invocate de pacient. Pacientul trebuie să facă singur cât de mult posibil.
- Pacientul trebuie să fie provocat — în situația potrivită — să-și exprime părerea și să ia atitudine față de anumite lucruri.
- Pacientul trebuie să fie încurajat să-și ia în serios propriile sentimente, dorințe și percepții. El trebuie iar și iar să renunțe să se mai ia după alții, ci să se întrebe mereu: Ce aș dori eu în această situație? Cum mă simt eu în această problemă? Cum trăiesc eu comportarea celorlalți?
- „Analiza ocaziilor ratate" (peste tot acolo unde pacientul a neglijat să-și ia în considerare interesele) trebuie să urmeze recuperării lor prin reînscenări în ședințele de terapie. Pacientul fantasmează — asistat de analist — cum ar fi putut să reacționeze și se adresează verbal adversarului lui.
- Analistul folosește fiecare ocazie din ședințe — în mod adaptat stării de dezvoltare a autonomiei pacientului din momentul respectiv — pentru a incita pacientul cu mici conflicte și pentru a-l „provoca". Pacientul trebuie să învețe să se apere și să se susțină și să trăiască experiența că tehnicile sale de împotrivire pot să aibă succes.
- Analistul îi transmite pacientului în cea mai mare măsură puterea de decizie, îl provoacă la a lua hotărâri, în măsura în care aceasta se aplică în limitele organizatorice ale analizei și ale cadrului terapeutic (de exemplu, când pacientul îl întreabă pe analist dacă de ziua lui are voie să anuleze ședința, lăsăm decizia în seama pacientului).
- Este important să perceapă germenii stărilor de supărare ale pacientului față de analist și să încurajeze pacientul să le exprime. Pacientul trebuie să experimenteze faptul că schimbul de agresivitate nu distruge baza unei relații.
- Analistul îl sprijină pe pacient în căutarea unui domeniu al personalității rămas până atunci necunoscut, descoperă posibile talente și interese neștiute până atunci și îl încurajează la activitățile corespunzătoare.

- Analistul definește cu precauție și foarte mult simț al răspunderii, caracteristici ale structurii personalității pacientului și prin aceasta îl ajută să-și construiască o imagine proprie de sine. Pacienții cu un deficit al structurii interioare sunt avizi de exprimări care să le dea o orientare asupra propriei persoane.
- Un spațiu larg în terapia analitică a depresivilor cu deficit de individuație este ocupat de elaborarea viselor. Eu îmi concentrez în mod deosebit atenția asupra afectelor activ-pozitive și activ-negative ale viselor, așa cum se exprimă ele în construcția visului. Afect activ-pozitiv înseamnă: persoana care visează are o dispoziție pozitivă, se manifestă activ și simte astfel bucuria de a trăi. Afect activ-negativ înseamnă: persoana care visează reacționează agresiv, simte furie, se apără sau se impune, se eliberează activ dintr-o situație dificilă. Cu aceste ocazii îi spun întotdeauna pacientului că, în calitate de creator al visului, face ceea ce nu îndrăznește în viața reală, că visul conține o schiță de viață a posibilităților și forțelor sale de structurare a personalității. Prin aceasta îl încurajez să fie ceea ce pe scena inconștientului său este deja: un om autonom. În continuare un loc important în cadrul elaborării viselor este ocupat de interpretarea viselor la nivelul subiectului.

De exemplu, când o pacientă visează în mod repetat pisici sau se visează pe sine ca pisică și asociază cu acest animal: „blană moale și frumoasă, eleganță a mișcării, înhățatul agresiv, putința de a se destinde relaxată, mândrie și independență", nu este greu să se pună în legătură atributele enumerate cu imaginea de sine încă difuză, dar care ia naștere în pacientă. În procesul identificării cu o pisică, pacienta, până atunci cu deficit de individuație, pune o piatră de construcție pentru ea însăși și își consolidează prin aceasta propria identitate.

Desigur reamintirea încărcată emoțional a istoriei propriei vieți într-o psihanaliză clasică are o mare însemnătate. Pacientul depresiv trebuie să afle adevărul despre dezvoltarea sa din copilărie și să înțeleagă prin durere și tristețe, că mama sa „iubitoare mai presus de orice" a acționat foarte mult din moti-

ve egoiste și l-a abuzat pentru propriile ei nevoi. Dintr-o dată el capătă o cu totul altă imagine despre copilăria sa și, de asemenea, înțelege cât de puternic l-a îngrădit „iubirea" mamei lui și nu l-a lăsat să crească. Aceste cunoștințe îl eliberează de vinovăția îndatoritoare față de părinți și pot să înlăture sentimentul de culpabilitate, care până atunci fusese mereu legat de dorințele de separare și autonomie.

Capitolul 6

Depresia și falsul Sine (Self)

Depresia este durerea, care nu mai poate fi reprimată, determinată de pierderea propriului Sine (A. Miller)

Expresia „Sine fals" transcrie faptul că un individ nu a putut să-și formeze nucleul propriei ființe și în loc de acesta trebuie să se orienteze după o busolă interioară falsă. Respectivul a fost constrâns — prin anumite condiții ale socializării sale — la o direcție de dezvoltare străină ființei sale. El dezvoltă un model bazal de viață care nu i se potrivește, pentru că îl fixează unilateral pe o direcție unde ratează posibilitățile de deformare care îi sunt proprii. Domeniile centrale și structura potențială a personalității sale nu se pot dezvolta. În loc de un copac cu crengile desfășurate în toate părțile a luat ființă doar o liană înfășurată pe un arac.

Acest om este în parte doar înveliș, fațadă, aparență — pentru că el nu își poate realiza propria esență umană și posibilitățile legate de aceasta; pentru că prin circumstanțe existențiale amenințătoare în copilăria sa a fost conectat la un program minimal și a fost fixat unilateral la o singură tematică existențială.

După experiența mea, există trei variante de Sine fals, care sunt legate fiecare de condiții de apariție diferite:

1. Sinele fals impus de părinți

Copilului respectiv i s-a impus de către părinți ambițioși sau bolnavi sufletește prin presiuni considerabile (pedeapsă și retragerea iubirii) un întreg model de viață. Copilul nu va fi iubit pentru ceea ce este el, ci el trebuie să îndeplinească pentru tatăl sau mama sa o anume funcție: de exemplu, preia și completează de la mamă cariera de balerină, campion de tenis, star de cinema sau cântăreț, pe care aceasta nu a trăit-o, deși el însuși nu este de fapt motivat pentru aceste lucruri. Nu arareori se întâmplă ca un părinte să-și transfere identitatea reală proprie asupra copilului (tatăl asupra fiului, mama asupra fiicei), fiind ferm convins că are în fața sa o a doua ediție mai tânără a propriei persoane, în copilul său. Acest copil perceput ca „leit mie", va fi manevrat într-un rol de viață sau profesional, așa cum tatăl sau mama l-a îndeplinit.

În legătură cu acest lucru citez un exemplu din cartea mea „Relația duală perturbată" (1986):

„Fabricius A. este fabricant și patron în construcții, înzestrat cu o statură mare și puternică, cu o expresie și o mimică zgomotoasă, cu un temperament vioi, extrovertit-prietenos și cu o puternică energie vitală. Are incontestabila pretenție de putere a șefului de firmă, este foarte sigur pe el însuși, strălucește de optimism și are bucuria viguroasă de a fi care vine din răsfățul succesului. Dimpotrivă, fiul său de cinci ani, Gerhard este mai curând firav și delicat construit, moale și sensibil, întors către sine și înzestrat cu un pronunțat simț artistic. Îi place armonia unui colț liniștit, vorbește încet, desenează cu plăcere și cântă peseverent la flaut. Ochii lui mari se umplu de lacrimi când un tovarăș de joacă se repede la el agresiv sau când îi este milă de copii care plâng sau de biete animale în suferință.

Domnul A. nu are ochi pentru fragilitatea sau pentru delicatețea sufletului fiului său. Îl înghiontește în glumă în coaste, îi trâmbițează cu voce tare, face cu el glumele lui grosolane și este ferm convins că are în față, prin acest copil, o a doua ediție a propriei persoane. Vede deja în fiul Gerhard urmașul lui strălucit și interpretează comentariile sau încercările timide de acțiune ca martori conștienți de sine ai unui mic Cezar în devenire. Gerhard nu are șansa să fie perceput de tatăl lui așa cum este în realitate. Pentru tatăl lui, el este simpaticul și robustul junior-șef care nu se lasă bătut în nici o împrejurare. De-a lungul copilăriei sale, Gerhard nu se va simți înțeles de tatăl lui".

Dacă acest tânăr de o mare gingășie sufletească va fi constrâns de tatăl său la rolul de antreprenor de construcții și încă de timpuriu felul său moale și artistic va fi subminat sistematic și dat la o parte, atunci va crește aici un om cu un Sine fals, care, probabil, într-o zi se va îmbolnăvi de o depresie nevrotică. Chiar când părinții unui copil atât de prejudiciat nu vor mai juca nici un rol în viața sa reală sau vor muri, își vor continua opera distructivă ca obiecte interne. Ca adult îl vor împinge — sub forma vocii conștiinței interioare neînduplecate — să continue consecvent drumul fals pe care a pornit odată.

Un alt capitol trist al „abuzării copilului" îl găsim întotdeauna atunci când fiul sau fiica sunt constrânși la rolul de substitut parental. Ceea ce la prima vedere pare un paradox care răstoarnă ordinea lumii este de multe ori realitate.

Copilul este determinat să fie părintele propriului părinte și în această funcție trebuie să dăruiască grijă, liniștire, consacrare plină cu dragoste și confirmare, tot ceea ce părintele nu a primit pe vremuri de la propria sa mamă sau propriul tată. Copiii și adolescenții astfel abuzați sunt suprasolicitați îngrozitor la îndeplinirea acestui lucru, deoarece le depășește puterile și nu ține seama de lipsa lor de maturitate.

Pentru că acești părinți sunt de regulă foarte grav bolnavi psihic și depind de un sprijin, copilul este în permanență amenințat existențial: „Dacă eu nu funcționez așa cum este de dorit, acasă lumea se prăbușește. Atunci mami își ia viața sau tati se prăbușește într-o criză disperată de plâns. Mami va fi foarte rău tristă și va zăcea zile în șir în pat. Tati se va epuiza și va începe iarăși să bea."

Copiii îi percep pe părinții ca navă-bază pe care întreaga familie plutește peste valurile oceanului. Dacă nava se scufun-

dă, asta înseamnă: părinții sunt răpuși și distruși, și atunci trebuie să moară și copilul. De aceea a îndeplini pentru părinți rolul de „copil ca substitut parental" nu este altceva decât pură luptă pentru supraviețuire. Copiii traumatizați în felul acesta nu au de fapt la dispoziție opțiunea de a respinge rolul. Ei trebuie să trudească din greu pentru părinți cu prețul renunțării la propria dezvoltare și la propriile nevoi și să-și renege propriul Sine, pentru a cărui creștere și formare nu le mai rămâne nici timp și nici forță.

Tot de tema discutată aici ține și un alt model bazal de viață, foarte bine cunoscut și mult răspândit. Este vorba despre fixarea și orientarea tuturor forțelor și intereselor spre așa-numita „direcție a performanței". Copiii unor părinți ratați sau mai puțin privilegiați profesional vor fi orientați sau împinși — ca obiect al ambiției părinților — să realizeze dorința neîndeplinită de ascensiune a tatălui sau a mamei. Sub pretextul ca odată să aibă ceva mai bun decât părinții săi — el trebuie „să ajungă cineva". Și pentru că trăim într-o societate a performanțelor, fericirea este echivalată adesea cu o carieră profesională sau cu o poziție bine plătită și sigură.

Părinții aici menționați își percep copilul unilateral sub aspectul performanței și au prea puțină înțelegere pentru marea sa dorință de joacă. Ei cer adesea prea devreme competență în domenii în care copilului — datorită vârstei prea mici — îi lipsește maturitatea dezvoltării. În perioada școlară supraveghează meticulos notele copilului și se înfurie groaznic de fiecare dată când își scrie urât temele sau dacă aduce acasă note proaste. Eșecul în realizarea performanțelor ajunge în felul acesta să fie pentru copil o catastrofă absolută, pentru că duce la retragerea iubirii părinților și produce un fel de prăbușire a lumii. De aceea el trebuie să aducă realizări, să lase la urmă alte dorințe și interese și să devină un tocilar, ceea ce-i aduce și respingerea plină de dispreț din partea colegilor de școală. Întregul sens al vieții sale converge în cele din urmă spre aspirația ambițioasă de a munci eficient și mult. Restul personalității sale rămâne de aceea nedezvoltată.

Battergay R. (1982) descrie exemplul unui fiu, care a fost împins de mama lui, o văduvă de război, în rolul de înlocuitor al soțului și care este foarte lăudat și confirmat pentru conștiinciozitatea sa la școală și pentru felul atent și cavaleresc în care se poartă cu mama lui. El este „cel mai bun lucru" al mamei, este „unicul și totul" pentru ea. El nu are voie să eșueze în acest rol, căci mama lui nu ar putea să treacă peste așa ceva.

Elhard, S. (1971) observă în acest context că pentru acești oameni „îndeplinirea cererilor celorlalți" poate deveni o sarcină de viață autoimpusă, care — în lipsa propriilor inițiative și a egoismului sănătos — „oferă ultimul sprijin în fața golului amenințător al nimicului lipsei de sens".

2. Sinele fals — o soluție de necesitate găsită întâmplător

Nu sunt puțini copiii care cresc în casa părinților lor într-o atmosferă emoțională rece. Ca urmare a acestui lucru îi cuprind sentimente de resemnare, abandon și lipsă de speranță. Ei au dobândit certitudinea dureroasă că niciodată în viața lor nu vor putea să ajungă la iubirea mamei, indiferent ce ar face.

Citându-l pe E. — F. Sievers (1971): Dacă, dimpotrivă, persistă încă o mică speranță în iubirea mamei, atunci „vor face încercarea să dezvolte comportamentele care par potrivite pentru a o satisface pe mamă. Se vor strădui ca propria neajutorare și imaturitate să nu fie lăsată să se manifeste nici față de sine însuși, și în special nici față de alții. Ei își vor dezvolta de timpuriu independența, care le permite să cadă mai puțin pe capul mamei. De timpuriu îi vor sta mamei la îndemână, îi vor prelua munca, inclusiv o parte din funcția maternă față de frații mai mici. Pentru ca acest lucru să fie posibil va fi nevoie ca să-și reprime propriile sale nevoi emoționale și să se antreneze pentru a privi fără invidie cum grija și iubirea maternă se revarsă asupra fraților mai mici." Așa se dezvoltă un tip de mare competență existențială practică. „Latura emoțională îi rămâne însă pentru toată viața subdezvoltată. În copilărie s-a antrenat atât de temeinic pentru a-și reprima nevoia de iubire, ocrotire și siguranță, încât în viața de mai târziu nu va mai fi recuperată" (Sievers, 1971).

După cum reiese din citat, copilul cu această linie de dezvoltare nu este împins de mamă în mod direct și intenționat într-un anumit rol. Situația de sărăcie afectivă din casă îi întărește trăirea lipsei sale emoționale și nostalgia după iubire. Dacă încă din copilăria mică el are experiența că, în anumite situații, activități întâmplătoare ale sale sunt primite pozitiv de către mamă, îi smulg un zâmbet sau o urmă de afecțiune, atunci el va prinde cu lăcomie acest fel de comportare și îl va repeta mereu și în acest mod va intra într-un rol care îi garantează un minim de atenție și amabilitate. Mult descrisa și defăimata atitudine de ajutor (a se sacrifica ajutându-i pe alții) poate să își aibă originea în tocmai descrisa conjunctură.

Mai departe, strategia de supraviețuire găsită de el însuși în fața unui mediu gol de iubire este așa-numita atitudine Sonnyboy. Un copil face descoperirea că poate să alunge pentru câteva clipe umbrele sumbre din sufletul mamei sale prin manifestările sale nostime, aparițiile vesele și râsul său strălucitor. Mama altfel absentă, întoarsă către sine și tristă devine dintr-o dată vioaie și se uită la copilul ei. Poate îl va mângâia aprobator pe păr și se va simți consolată pentru moment. Copilul a găsit dintr-o dată o cheie către inima mamei, care până atunci îi fusese închisă, și nu o va mai lăsa din mână. Se dezvoltă ca o mică „rază de soare", care prin voioșia și bucuria sa de viață topește tristețea mamei sale și prin acest ocoliș obține de la ea afecțiunea.

Desigur această veselie scoasă la vedere nu este adevărată, ci fațadă obținută cu efort, un fel de umor macabru. Copilul respectiv nu are nici un motiv să emane optimism și să găsească viața fantastică. Dimpotrivă, el este neliniștit existențial de absența depresivă a mamei și de deficitul ei de a dărui dragoste. Dar pentru a o înveseli pe ea, el își refulează propria tristețe și frică, își lasă la o parte propriile dorințe și nostalgii. El nu are voie ca, din cauza problemelor proprii, să devină o povară pentru mama sa greu încercată de suferință, să îi provoace griji sau să îi solicite risipă. Ca să-i determine de fapt o reacție amabilă, trebuie mai întâi s-o înmoaie prin propria lui voioșie. Menținerea acestui rol, legată de constrângerea de a refula permanent laturile supărătoare ale vieții și necazurile de fiecare zi, solicită de la copilul respectiv o încordare constantă și un efort de durată. Atitudinea sa de Sonnyboy îl va solicita atât de mult încât nu va mai rămâne nici o posibilitate de dezvoltare pentru alte domenii ale personalității sale.

Direcția de realizare menționată în pasajul anterior — prezentată acolo cu caracteristica: impus de părinți — poate, așa după cum tocmai am văzut, să fie trăită ca un rol ales de sine însuși. Ea este pusă în scenă atunci când un copil face experiența că părinții lui, altfel reci emoțional, sunt afectuoși întotdeauna când el strălucește prin realizări și aduce acasă note bune. Consecințele pentru dezvoltarea lui sunt aceleași cu cele prezentate în primul caz.

3. Sinele fals — o soluție de necesitate aleasă de sine însuși

În descrierea celei de-a treia versiuni urmăresc în întregime recomandările lui Karen Horney, așa cum l-a făcut în cartea sa: „Nevroză și dezvoltare umană" (1950) în legătură cu falsul Sine.

Pentru început vă vom prezenta conceptul de „Sine adevărat și fals".

Un copil care trebuie să dezvolte un Sine fals nu a avut șansa să-și desfășoare posibilitățile umane specifice, și anume, să aibă o dezvoltare liberă, sănătoasă „în acord cu disponibilitățile moștenite ale naturii sale individuale".

Dezvoltare sănătoasă înseamnă:

- să simtă clar și profund și să-și exprime aceste sentimente;
- să trăiască clar dorințele și interesele, să le anunțe și să le trăiască din plin;
- să-și perceapă și să-și manifeste voința, să și-o afirme și să și-o impună; să se exprime și să se manifeste verbal sau în alt mod;
- să găsească singur măsura valorii și scopul în viață;
- să intre în legătură alți oameni cu sentimentele lui spontane.

În condițiile unor influențe nefavorabile „se poate totuși ca un copil să fie împiedicat, să se dezvolte în armonie cu nevoi-

le şi posibilităţile sale individuale". Punctul central al factorilor de influenţă psihopatologică este faptul că „oamenii din preajma copilului sunt prea prinşi în propriile lor nevroze pentru a putea să-l iubească pe copil sau chiar pentru a-l înţelege ca individ deosebit, ceea ce el totuşi este. Atitudinea lor faţă de copil va fi determinată de propriile lor nevoi şi reacţii nevrotice. Cu alte cuvinte: părinţii pot să fie dominatori, hiperanxioşi, iritabili, exagerat de pretenţioşi sau imprevizibili; ei pot să prefere alţi copii, să fie ipocriţi sau indiferenţi şi altele asemănătoare. Ca urmare, copilul nu va dezvolta nici un sentiment de apartenenţă, nici un sentiment de «noi», ci o profundă nesiguranţă şi o teamă vagă, pentru care eu folosesc expresia de angoasă fundamentală.

Această angoasă fundamentală este sentimentul copilului de a fi izolat şi neajutorat într-o lume pe care o simte potenţial ostilă. Presiunea apăsătoare a angoasei fundamentale îl împiedică pe copil să-şi manifeste fără constrângere sentimentele sale adevărate faţă de ceilalţi, îl forţează să găsească o cale de a termina cu ele". (Horney, 1959, p. 15-16)

Ca ultimă consecinţă, influenţa dăunătoare a părinţilor îl împiedică pe copil să-şi desfăşoare Sinele autentic. El trebuie să trăiască în defensivă, îşi pierde forţa interioară, nu poate să dezvolte nici încredere în sine, nici sentimentul propriei valori şi nici să-şi construiască o adevărată identitate. Începe înstrăinarea de sine.

Persoana „nu mai ştie unde se situează şi cine este de fapt" (Horney, 1950). Ia naştere un vid interior. Deoarece respectivul nu poate trăi cu acest vid şi are nevoie de un înlocuitor pentru încrederea de sine şi sentimentul de identitate care îi lipsesc, atunci îşi creează „prin fantasmă o imagine idealizată a sinelui său". În sfârşit persoana ajunge să se identifice cu imaginea sa idealizată despre propria persoană: „imaginea idealizată devine Sinele său idealizat" (Horney, 1950).

Forţele care împing un individ sănătos spre autoanalize vor fi deplasate spre năzuinţa realizării Sinelui idealizat. Se dezvoltă o adevărată pulsiune care tinde către aceasta şi care este de natură compulsivă. Respectivul trebuie să urmeze o pul-

siune care poate să tindă către diverse scopuri, dar serveşte în cele din urmă măririi propriei persoane. Împlinirea Sinelui idealizat înseamnă: dorinţă de glorie şi onoare, nevoie de desăvârşire şi de absolut, ambiţie nevrotică şi perfecţionism, năzuinţa spre succes exterior, spre prestigiu şi putere, spre strălucire, onoare, influenţă, aplauze, popularitate şi admiraţie. „A fi Sinele idealizat este lucrul de care depinde totul". (Horney, 1950)

Cunoaştem acum trei forme de Sine fals:

În primul rând cel impus, în al doilea rând cel găsit întâmplător, în al treilea rând cel idealizat. Toate trei variantele „mutilează" personalitatea purtătorului lor, dar sunt neapărat necesare supravieţuirii sale emoţionale. Ele prezintă trăsături comune care trebuie prezentate.

Sinele fals cuprinde — prin definiţie — scopuri de viaţă false. Persoana nu îşi satisface adevăratele nevoi „în acord cu posibilităţile naturii sale moştenite, individuale" (Horney, 1950), lucrurile spre care năzuieşte au un caracter de surogat. Are loc într-o oarecare măsură o hrănire aparentă care nu satură. Omul respectiv rămâne în cele din urmă nesatisfăcut şi dezvoltă din acest sentiment al deficitului o anumită insaţiabilitate. El trebuie, în permanenţă neliniştit şi presat, să asalteze izvorul steril şi încă să mai stoarcă ceva, fără ca vreodată să simtă o adevărată saţietate.

Tragedia omului cu un Sine fals constă, printre altele, în inaccesibilitatea ţelurilor care făgăduiesc fericirea.

Copiii care au fost obligaţi de părinţii lor la un anumit rol de viaţă adeseori nu pot să îndeplinească înaltele aşteptări ale mamei sau tatălui. Se văd expuşi la un fluviu continuu de critici cicălitoare şi constată disperaţi sau resemnaţi că nu pot face niciodată destul de mult pentru părinţii lor. Mai târziu, ca adulţi, după ce au interiorizat de mult înaltele cereri ale mamei sau tatălui, ei trebuie mai departe să îndeplinească compulsiv aşteptările obiectelor introiectate simţindu-se de aceea nişte rataţi.

Nu mult diferit li se întâmplă acelora care au învăţat să primească puţină iubire în schimbul performanţelor şi a voioşiei.

Ei sunt și rămân copii neiubiți. Eforturile lor, pline de sârg și sacrificiu, de a-i bucura pe părinți, de a-i înveseli, de a le câștiga bunăvoința sunt, de regulă, numai parțial încununate de succes.

Ei văd, cu toată osteneala și toate eforturile pe care le depun, că nu vor ajunge în definitiv niciodată la inima mamei sau tatălui și nu vor avea niciodată sentimentul înălțător de a fi iubiți în mod spontan. Sacrificiile lor nu se aleg decât cu o răsplată căznită, iar scopul care promitea fericirea rămâne intangibil.

Într-un fel cu totul asemănător stau lucrurile la cea de-a treia variantă de Sine fals despre care am vorbit. Pretențiile Sinelui idealizat de a se realiza sunt atât de înalte încât nici un om nu le poate împlini. De aceea această construcție nevrotică de viață poartă în sine premisele propriului eșec. Ele rezultă din chiar natura ființei sale.

În mod paradoxal, caracterul irealizabil al scopului năzuit nu duce — în nici una din cele trei variante — la revizuirea lui, la o nouă orientare sau la abandonarea a ceea ce nu se poate face. Dimpotrivă, are loc o dublare a eforturilor și a iluziei că imposibilul devine posibil dacă ne străduim destul. Astfel în fața propriei capacități de perfomanță ștacheta se ridică din ce în ce mai mult, iar rezervele proprii de energie sunt risipite cu nepăsare. Se ajunge la atitudinea tipică și general cunoscută de autosuprasolicitare, legată strâns de „tirania poruncilor interioare" (Horney).

Horney numește poruncile interioare, care cer neînduplecat actualizarea Sinelui fals, „tirania lui *trebuie*".

„Poruncile interioare cuprind tot ceea ce nevroticul ar trebui să fie în stare să facă, să fie, să simtă și să știe, precum și tabuurile privind tot ceea ce el nu ar trebui să fie."

„Poruncile interioare sunt de natură compulsivă, lor le lipsește semnificația morală a idealurilor autentice."

Poruncile interioare creează întotdeauna un sentiment de presiune. Ele sunt „singurul motor care îi mișcă pe acești oameni, care îi mână cu biciul la acțiune". Dacă un om nu își îndeplinește comandamentele interioare, el începe să se autodis-

prețuiască și să se urască și se mânie împotriva propriei persoane.

4. Prilejuri pentru izbucnirea unei depresii nevrotice

Ne punem întrebarea: în ce împrejurări se ajunge la o decompensare a structurii de personalitate descrise aici; cum arată situațiile de frustare și încercare care îl fac pe un om cu un Sine fals să devină depresiv?

a) Prăbușirea curbei de performanță

Ulciorul merge la fântână numai până ce se sparge. Un om care se suprasolicită constant folosește mai multă forță, energie și substanță decât poate înlocui. Cât timp este tânăr și dinamic, el poate compensa această uzură. Dar după 10, 20, 30 de ani de muncă istovitoare bateriile lui se golesc. El resimte cu claritate că nu mai poate trăi cum o făcuse până atunci. Întreaga structură a vieții sale de până atunci se clatină, este copleșit de frica de viitor, devine depresiv.

La o prăbușire a curbei de performanță se ajunge și atunci când, prin introducerea unor noi sarcini (cerințe profesionale, nașterea unui copil), solicitările de muncă, până atunci echilibrate, cresc până la un nivel care nu mai poate fi stăpânit.

b) Zdruncinarea identității false

Nu arareori conflictele și problemele care apar în cadrul celebrei și rău-famatei midlife-crisis țin și ele tot de domeniul Sinelui fals. Omul aflat între 40 și 50 de ani face bilanțul. El resimte un gol vag și un sentiment vag de nemulțumire. Ceea ce a realizat până acum i se pare a nu avea importanță și valoare de motivație. Se trezește flămând și se culcă flămând. „Asta să fi fost totul?" se întreabă el uluit. Și dintr-o dată îl copleșește groaznica bănuială că până acum a trecut pe lângă adevărata viață, că a alergat după scopuri false. Identitatea lui de până atunci începe să se clatine. Se spetise ca să fie un om de afaceri de succes numai pentru că dorise să obțină astfel în sfârșit recunoașterea din partea tatălui.

Acum tatăl lui este un bătrân și sărmanele lui încurajări nu mai posedă forță motivatoare.

Ea devenise cu mari eforturi o actriță mediocră, care tânjea în fiecare seară după aplauze, dar la câteva ore după aceea se găsea din nou singură cu îndoiala ei de sine. Prețul plătit pentru o fericire întrucâtva inautentică, pentru un scop iluzoriu, dat fiind că este fals pare dintr-o dată enorm. În continuare viața nu pare a avea un sens vizibil, iar persoana în cauză dezvoltă o depresie.

c) Pierderea premiselor

Dacă vrea să realizeze scopurile sinelui său fals, o persoană trebuie să aibă anumite capacități, înzestrări, resurse vitale, avantaje fizice sau să întâlnească circumstanțe situative foarte precise.

Sportivul are nevoie de puterea tinereții sale, fotomodelul are nevoie de frumusețea tinereții, balerina are nevoie de picioare sănătoase, cântărețul de integritatea vocii, actorul de un public, iar obsedatul de putere de favorurile alegătorilor săi. Dacă, prin propriile fapte sau din cauza destinului nefavorabil, omul respectiv pierde premisele necesare pentru activitatea sa (de exemplu, obsedatul de putere nu mai este reales) atunci el nu mai poate să urmeze ordinele imperative ale Sinelui său fals. Modelul său de viață de până atunci se prăbușește și el devine depresiv.

d) Pierderea adresantului

După cum am văzut, anumite planuri de viață nevrotice se îndeplinesc în serviciul unui alt om. Dacă însă adresantul căruia îi sunt menite eforturile dispare dintr-un motiv sau altul, atunci activitățile intenționate de cel care îl servește cad în gol. O fiică nu-și mai poate trăi rolul de martiră dacă mama ei bolnavă a murit. O secretară workholică, și de aceea apreciată, devine depresivă de fiecare dată când se apropie concediul. Aici se arată că „împlinirea unor cerințe străine devenise singura sarcină de viață autonomă", care se pierde de fiecare dată când nici un alt om nu mai are nevoie de pacient (Elhard, 1971).

e) Recunoașterea caracterului zadarnic

Unii oameni vânează timp de decenii așa-zisa fericire, nu o ating niciodată, totuși speră mereu să o atingă. Ei se feresc să recunoască faptul că le lipsește norocul sau talentul și refuză să accepte cât de mult depind de valurile arbitrare ale destinului, care îi dăruiește pe unii cu de toate și pe alții îi lasă să se agite în zadar. Nu putem să ne sforțăm să devenim laureați ai premiului Nobel.

Perfecțiunea absolută, faima literară, o carieră sportivă în cazul unui talent mediocru — acestea sunt scopuri ale Sinelui fals, care de regulă rămân intangibile.

Pe parcursul carierei sale, orice analist observă că adesea copiii respinși sunt cei care-și pun în minte să cucerească iubirea mamei sau a tatălui prin eforturi care durează o viață, în primul rând pentru a face plăcere celorlalți. Ei își concentrează sensul vieții pe acest punct și nu observă cât de puțin sunt ei capabili să-i forțeze pe părinți să îi iubească.

Așa cum ne învață experiența, mulți dintre cei afectați nu pot să-și mențină pentru totdeauna scopurile iluzorii. Eșecurile repetate, insuccese dureroase, reînnoirea continuă a dezamăgirilor fac să se verse paharul. Epuizat de luptele solicitante, respectivul este copleșit de recunoașterea dureroasă a caracterului zadarnic al faptelor sale. Pentru el se prăbușește o lume — și devine depresiv.

5. Psihoterapia Sinelui fals

Spre deosebire de oamenii cu un sine dezvoltat deficitar, purtătorii unui sine fals dispun adesea de forțe ale Eului însemnate. Adesea ei au fost nevoiți de timpuriu să fie independenți și să presteze o muncă grea în cadrul unui rol care le-a fost desemnat sau pe care l-au găsit singuri. Astfel ei au fost constrânși să își dezvolte și să își antreneze capacitățile instrumentale.

Terapeutul poate porni de la faptul că ei se ridică la înălțimea luptei cotidiene pentru viață și de aceea nu au nevoie de ajutor pentru a „ajunge la maturitatea adultului". Conceptul terapeutic pentru pacienți depresivi cu un sine fals se împarte în cinci secțiuni:

a) Este important să îi lăsăm pe pacienți să facă de fiecare dată experiența modului în care îi tiranizează sinele fals. În acest context poate fi evidențiat caracterul patogen și neînduplecat al unei astfel de structuri de personalitate.
b) După ce s-a stabilit dincolo de orice îndoială existența unui sine fals, ne interesăm de funcția lui în întregul persoanei. Unde și când acționează, în ce domenii ale vieții își are debușeurile, care sunt măsurile pe care le ia ca să se mascheze? Cum determină el gândirea, simțirea și voința persoanei, ce angoase, ce sentimente de culpabilitate și de rușine au directă legătură cu el? Ce consecințe apar de aici pentru relația partenerială, pentru căsnicie, pentru educația copiilor și pentru viața profesională?
c) Nucleul întregii terapii este elaborarea istoriei de dezvoltare a omului și sinelui său fals. Pacientul trebuie să înțeleagă mental și emoțional de ce a devenit ceea ce este. El va recunoaște în structura sa patogenă singura strategie de supraviețuire posibilă pentru el și în același timp va vedea cât de importantă a fost aceasta cândva pentru el. Și că probabil nu avusese atunci altă alegere.
d) Strâns legat de procesele enumerate mai sus, trebuie să aibă loc un travaliu de doliu de mare întindere: mila pentru copilul de odinioară, care trebuia să se sforțeze neobosit pentru ceva ce alții primesc din belșug și fără nici un efort, și durerea pentru o viață irosită și risipită până în acel moment.
e) Abandonarea sinelui fals lasă în urmă un gol, o lacună considerabilă care trebuie să fie umplută cu alte piese de construcție, noi. Terapeutul și pacientul pornesc atunci în căutare și află ceea ce îi face cu adevărat plăcere respectivului, ce îl interesează cu adevărat, unde este adevăratul său talent, unde în istoria sa de viață se pot găsi premise și germeni pentru a realiza anumite activități, pe baza cărora însă nu se mai putuse construi atunci nimic. Pacientul are nevoie de o nouă schiță de viață.

Capitolul 7

Depresia și sentimentul deficitar al puterii proprii

Un om devine depresiv atunci când, din cauza insucceselor sau frustrărilor, el se confruntă din nou cu vechiul său sentiment de neajutorare.

Conceptul de sentiment al puterii personale este puțin cunoscut în literatura psihanalitică. Philip Lersch (1938) îl subordonează sentimentului de sine (alături de sentimentul valorii personale și categoria: mulțumire — nemulțumire) și înțelege prin aceasta trăirea care era descrisă în limbajul preștiințific prin expresia „încredere în sine".

Sentimentul puterii personale apare în contactul între Eu și mediul său și desemnează „puterea pe care subiectul o resimte în sine pentru a face față cerințelor și adversităților luptei pentru existență" (Lersch, 1938). De acest sentiment ține plăcerea de a ne angaja competent într-o sarcină de care ne simțim capabili; senzația de forță care ne face să credem că putem „muta munții din loc"; siguranța legată de propria capacitate și de stăpânirea cotidianului; încrederea în propria capacitate de a ne putea impune față de lumea exterioară și de semenii noștri.

Un sentiment stabil și bine fondat al puterii personale se dovedește în încrederea și siguranța resimțite față de propria capacitate de acțiune și de capacitățile sociale proprii. El este strâns legat de factorul constituțional, anume de o vitalitate stenică și de o tărie pulsională normală până la ridicată.

Tipurile de exploratori și aventurieri, oamenii dedicați muncii și personalitățile conducătoare din politică și economie se disting adesea nu numai printr-o pregnantă încredere în sine, ci și printr-un nivel foarte ridicat de încărcare a bateriei lor vitale, care stă la baza abordării lor expansive față de lume și oameni. Vom vedea ce important este rolul pe care îl joacă nivelul energetic, respectiv oscilațiile sale, la varianta de depresie pe care o descriem aici.

Un sentiment slab al puterii proprii se distinge prin descurajare, îndoială de sine, teamă de eșec, sentimente de inferioritate și neputință, de neajutorare și slăbiciune. Dacă există o labilitate a sentimentului propriei puteri, cele mai mici succese duc la un salt exagerat în domeniul conștiinței de sine, iar cele mai neînsemnate nereușite și cea mai ușoară critică pot, dimpotrivă, să o zdruncine puternic.

Se pune problema dacă introducerea conceptului de „putere personală" nu este cumva numai un artificiu științific, dat fiind că el se subordonează totuși sectorului narcisic al personalității și pare a fi cuplat strâns cu așa-zisul sentiment al propriei valori.

Răspunsul este „nu", deoarece aceste două domenii ale experienței se pot perturba separat; autorul a văzut adesea cum la unii pacienți „sentimentul subiectiv de putere se prăbușește în fața cerințelor și adversităților, luptei pentru existență" (Lersch) fără ca prin aceasta să fie afectat sentimentul valorii propriei persoane. În ciuda timidității lor bruște, neajutorării și neputinței, ei păstrau foarte bine conștiința propriei valori, care se alimenta și din alte surse, în afara sentimentului de competență în lupta pentru existență.

Gradul de pregnanță și stabilitatea sentimentului puterii proprii a unui om reflectă destinul pulsiunii sale de autoconservare, felul cum aceasta s-a putut sau nu desfășura de-a lungul dezvoltării în istoria sa de viață. Sentimentul (conștiința de sine) și pulsiunea (autoafirmare, plăcerea competenței) nu sunt altceva decât două fețe ale aceleiași medalii.

Observații făcute asupra sugarilor — vezi Josef D. Lichtenberg (1990) — au arătat că aceștia dispun de două sisteme de reacție, sistemul de autoafirmare și cel de aversiune. Pulsiunea de autoafirmare duce la activarea intereselor, căutării stimulării și plăcerii competenței, iar oprirea acestei pulsiuni în „stări de înaltă tensiune" (mediu social ostil dezvoltării) activează sistemul aversiv latent, cu neplăcere, mânie, comportament agresiv sau devitalizare.

Acum vom face cunoștință cu acele condiții de socializare care pot duce la constituirea unui sentiment slab sau labil al puterii personale. Neajutorarea care apare la acești oameni frecvent sau doar în anumite situații (sentimentele lor de neputință în reacție la anumite situații și cerințe) este învățată și este consecința unei dezvoltări deficitare în cadrul unui mediu matern/patern nociv sau deficitar.

Mamele anxioase zăgăzuiesc impulsurile expansive ale copilului lor și îl avertizează despre pericolele acestei lumi, pentru că ele însele sunt pline de angoase și se tem că odrasla lor ar putea păți ceva. Ele nu au încredere că aceasta poate realiza anumite activități în mod independent și corespunzător nivelului său de dezvoltare — de aceea preiau ele însele aceste activități. Alte mame își răsfață copilul și consideră că o manifestare a marii lor iubiri este faptul că îi dau totul la îndemână, că îi înlătură din cale toate dificultățile — pe această cale, ele îl educă pentru lipsa de autonomie. „Din pierderea autocontrolului, pe de o parte, și din amestecul exagerat al părinților, pe de altă parte, ia naștere un sentiment durabil de disperare și rușine" și astfel un deficit al conștiinței de sine. (Erikson, 1971).

Alte mame tind să își suprasolicite copii, refuzându-le ajutorul corespunzător și lăsându-i să se descurce singuri, din lipsă de iubire. Lăsat singur, copilul trăiește prea multe eșecuri și astfel poate căpăta convingerea interioară că se află în fața unei lumi care nu poate fi stăpânită, care se sustrage abordă-

rii sale. Sentimentul de a fi un ratat îl va descuraja, deoarece orice „experiență a succesului creează conștiința autonomiei și mândriei și tocmai aceasta îi lipsește copilului supus de timpuriu unei suprasolicitări și lăsat singur." (Erikson, 1971).

„Conceptul de obiect frenator" al lui Karl König, în cazul nostru dezvoltarea deficitară și formarea unui obiect interior frenator se află în relație directă cu tema „neajutorare învățată". König scrie: „Un anumit comportament matern specific, care persecută și restricționează cu anxietate întrega expansivitate motrice a copilului are drept efect faptul că acești copii își dezvoltă insuficient competența în raport cu mediul lor", căci „... toate competențele de bază sunt dobândite în relația personală" (König, 1981).

Dacă mama eșuează în calitate de obiect de identificare deoarece ea trebuie să fie izolată, încapsulată în calitate de obiect rău (mama este lipsită de iubire, distantă, intruzivă, frustrantă etc.), atunci copilul nu poate dobândi capacități de bază în interacțiunea cu ea și el va rămâne astfel în spatele posibilităților sale. H. Schultz-Hencke („Omul inhibat") a pus în centrul teoriei sale despre nevroze faptul că dezvoltarea pornirilor umane este inhibată de un mediu socio-patogen și astfel se poate ajunge la boală psihică. Orice pornire inhibată — fie că este orală, agresivă, sexuală sau narcisică — îi răpește individului o parte corespunzătoare de expansivitate și de bucurie a realizării funcțiilor și astfel îi răpește și experiența de a-și exprima și a-și astâmpăra în mod competent trebuințele. Astfel, se știe de exemplu că manifestările de mânie îi conferă omului, de regulă, un sentiment de putere. Izard, cunoscutul cercetător al emoțiilor, scrie: „La mânie, sentimentul conștiinței de sine este mult mai puternic decât la oricare emoție negativă". (Izard, 1972)

Astfel, cu cât omul este mai inhibat, cu atât mai intens va suferi și de un deficit de plăcere a competenței proprii și va avea un sentiment mai vulnerabil al puterii personale.

Lui Izard îi datorăm punerea în evidență a acestei așa-numite legături între grijă și teamă. Aceasta înseamnă că: dacă un copil este pedepsit de părinți (mustrări, amenințări, provocarea rușinii, ruperea contactului, dispreț, lovituri) din pricina unui necaz oarecare (are dureri, este dezamăgit, nu i-a ieșit ceva) și a manifestării afective aferente (plânge, „pune bot", este trist), atunci această pedeapsă lasă în urma ei, în sufletul copilului, o teamă care va fi asociată la rândul ei cu necazul original.

Astfel ia naștere o legătură necaz-teamă, care, dacă se repetă frecvent, se generalizează și de fiecare dată când copilul (și mai târziu adultul) se află în fața unei situații problematice dificile care declanșează grijă, necaz, el va începe să se teamă. În cele din urmă „din cauza caracterului relativ frecvent al trăirii de grijă, efectele toxice ale fricii se generalizează atât de mult încât dificultățile de a face față vieții îl doboară pe individ." (Izard, 1972)

Ar mai fi de amintit și acei părinți care își suprasolicită copilul cerându-i performanțe pe care el nu le poate realiza din cauza stadiului său de dezvoltare și de care el nu este capabil în general. Astfel, de exemplu, o pacientă a lui Kohut dezvoltase în copilărie un puternic sentiment de eșec față de pretenția pe care o avea mama de la ea, anume de a-i alina puternica depresie, lucru de care fetița nu era desigur capabilă. (Kohut, 1977)

Sievers descrie mama supra-grijulie, anxioasă, sufocantă („Tablouri ale nevrozei din zilele noastre") și afirmă: „...că excesul ei de grijă îi face pe copii să se simtă într-o stare continuă de pericol, inferiori, nesiguri într-o lume plină de primejdii și adversități. Copiii capătă sentimentul că nu se ridică la înălțimea vieții, deoarece altminteri mama nu s-ar chinui într-una cu ei" (Sievers, 1971). Astfel de copii nu pot să își aprecieze corect „capacitățile și înzestrările proprii, efective, ei au impresia că pot să facă mai puține lucruri decât alții și că sunt inferiori oricărui alt om." (Sievers, 1971).

Joffe și Sandler, care s-au ocupat de depresia infantilă, descriu această depresie ca un mod de reacție patologic, afectiv la un prejudiciu adus stării de bine personal.

Dacă un copil sănătos are sentimente de lipsă, de îngrijorare sau de durere sufletească, el va mobiliza „în mod normal

sentimente agresive care vor fi îndreptate împotriva sursei căreia îi atribuie originea durerii". (Joffe și Sandler, 1980).

Depresivii s-au dezvățat să reacționeze cu un răspuns normal la prejudicierea sentimentului lor de bine, adică să se apere activ, să înlăture sursa tulburării sau să exprime agresivități. În loc de aceasta, ei se simt fără apărare, pasiv-resemnați, neajutorați, livrați acestei situații. „Când un om se simte neajutorat, neputincios și resemnat în fața unei situații dureroase, ajunge să afle care este răspunsul afectiv al depresiei." (Joffe și Sandler). Și aici deficitul sentimentului de putere personală este făcut răspunzător de izbucnirea unei tulburări depresive a dispoziției.

Abordarea depresiei din perspectiva psihologiei învățării, adusă ca model explicativ în terapia comportamentală, se construiește în jurul conceptului central de „neajutorare învățată".

Seligmann scrie: „Structura cognitivă care se află la baza depresiei reactive este neajutorarea învățată. Aceasta constă din așteptarea ca nici un comportament propriu să nu poată influența mediul" (Seligmann, 1974). Efectul de neajutorare nu este creat de trauma ca atare, ci de imposibilitatea de a o controla. Seligman și-o modificat teoria, afirmând: „Mai important decât ceea ce ne izbește de fapt este modul în care apreciem situația, cum ne explicăm evenimentul reactiv..." „Când realitatea permite mai multe posibilități de explicație, în cazul unor evenimente negative reacționează deosebit de depresiv aceia care tind să interpreteze cauzele acestui eveniment ca fiind imposibil de modificat, date o dată pentru totdeauna și determinate de propria persoană" (Seligmann, 1974). Depresia se calează pe o imagine deformată asupra lumii, ca urmare a unui stil de explicație pesimist. După părerea mea, în teoria sa despre depresie Seligmann nu descrie altceva decât atitudinea emoțională și mentală a unui om care prezintă un sentiment extrem de deficitar al puterii personale.

Bibring a indicat încă din 1953 că depresivul este lipsit de speranță și de putere și descrie lipsa „puterii de a face față cerințelor normale ale vieții" ca o trăsătură distinctiv-constitutivă a depresivității.

Dacă ne punem întrebarea: din ce surse se alimentează un sentiment sănătos, chiar ridicat, al propriei puteri, putem enumera următorii factori:

1. Vitalitatea stenică, o tărie normală, chiar ridicată, a impulsurilor și pornirilor;
2. Reușita dobândirii competențelor de bază și, legat de aceasta, plăcerea competenței și bucuria de a trăi;
3. Autoafirmarea și autoimpunerea reușite, gestionarea eficientă a agresivității, curaj fizic și civil;
4. Ulterior în viață, experiențe ale succesului.

Din spectrul pieselor constitutive ale sentimentul puterii personale, un factor adesea subestimat sau prea puțin luat în seamă este infrastructura vitală a persoanei, așa cum indică printre alții H. Quint (1987). Un organizator important ale unei structuri Eu-sine intacte „este bucuria vieții, vitalitatea personală, turgorul vital, energia psihică, ca un fel de baterie vitală" (Quint, 1987).

Drept cauze ale unui sentiment reprimat, respectiv labil, al puterii personale putem numi următorii factori — întrucâtva negarea celor enumerați mai sus:

1. O vitalitate normală până la slabă și o intensitate mai degrabă redusă a impulsurilor.
2. Deficitul de dobândire a competențelor de bază, lipsa comportamentului de curiozitate, lipsa încrederii în ceea individul poate face, afectarea sentimentului de bucurie a vieții.
3. Autoafimare și autoimpunere nereușite sau restricționate, lipsa capacității de a gestiona suveran agresivitatea, lipsa „curajului".
4. O serie de experiențe de eșec în viața ulterioară.

Purtătorul unui sentiment deficitar al puterii personale duce lipsă de conștiință de sine și de încredere în propriile forțe și capacități. El se simte inferior altora și adesea se percepe pe sine ca „looser", unul care pierde întotdeauna. Îl caracterizează trăirile de neputință, neajutorarea și sentimen-

tele chinuitoare de incompetență față de numeroasele cerințe ale vieții.

Uneori depresivul dezvoltă activități supracompensatorii, face sport de performanță, tinde să devină expert într-un anumit domeniu, se erijează în calitate de autoritate față de copiii săi și are o căsnicie de război, în care totul ține de dovedirea superiorității și înfrângerea celuilalt. Nu rareori el caută și găsește sprijin și susținere din partea unor obiecte exterioare (părinți, partener, grup) sau apreciază fixarea într-un rol profesional rigid, un cadru strâmt în care se simte oarecum sigur.

Izbucnirea unei nevroze depresive la oamenii descriși mai sus, afectați de un prejudiciu timpuriu, este de regulă legată de următoarele situații de provocare și frustrare:

Trăirea unui insucces efectiv, resimțit afectiv sau temut, eșecul într-o anumită sarcină sau examen, pierderea obiectului exterior, frenator, pierderea unei instituții suportive (profesie, grup, familie).

În toate cazurile amintite mai sus se ajunge la o activare a modelului afectiv negativ deja existent (retrăirea sentimentului de neputință și neajutorare) și ca urmare, alunecarea în depresie. La oamenii cu un sentiment labil al puterii personale procesul decurge întrucâtva altfel, deoarece aceștia dispun „în viața cotidiană normală" de o conștiință de sine corespunzătoare. Lovitura afectivă reprezentată de eșec duce la ei la o devitalizare, sub forma așa-numitului efect de cadă: ei simt cum conștiința de sine se scurge, imposibil de oprit, ca apa din cadă atunci când se scoate dopul și îi lasă ca niște copii neajutorați, care dintr-o dată nu mai știu nici măcar să numere până la trei.

Din procesul prezentat aici, mai trebuie explicat un singur lucru, anume, de ce oamenii cu o dispoziție pregnant depresivă (indiferent de modul în care a luat ființă această depresie) reacționează la o prejudiciere specială a sentimentului lor de bine cu „răspunsul afectiv al depresiei" și nu reacționează, de exemplu, cu agresivitate, cu dublarea forțelor și cu înnoirea încercărilor, de ce nu reacționează sfidător, de ce nu caută susținere sau de ce nu iau lucrurile ușor, fără griji? De ce potențialul depresiv nu reușește să depășească dezamăgirea, grijile și dificultățile legate de faptele proprii într-un alt mod, mai sănătos?

El nu reușește să facă aceasta deoarece el a fost dezvățat de răspunsul normal, sănătos, anume acela de a se apăra activ.

Experiența de șoc a unui copil mic în fața propriei sale neajutorări (Bibring) determină fixarea la acest copil a acestui sentiment de neputință. Seligmann (1974) descrie așa-numita „neajutorare învățată" drept mecanism central de apariție a unei depresii nevrotice. Dacă un copil a învățat că reacțiile sale (la o prejudiciere a stării sale de bine) nu au nici un efect, atunci în viitor îi va lipsi motivația de a învinge situația negativă și el va dezvolta credința că destinul său îl livrează unor astfel de întâmplări. „În momentul în care evenimentele ulterioare sunt percepute ca imposibil de controlat de către propria persoană iau ființă afectele de neajutorare învățată" (Seligmann, 1974). „Control nu înseamnă numai controlul real, actual, ci deja posibilitatea de a exercita controlul", de a influența anumite situații în direcția propriilor dorințe (Seligmann, 1974). Nu trauma ca atare determină astfel de efecte; efectul de neajutorare este creat de imposibilitatea de a controla această traumă.

După cum a putut arăta Josef D. Lichtenberg, prin observații făcute asupra sugarilor, la origine, copiii mici reacționează la obstacolele care se pun în calea sistemului lor de autoafirmare cu mânie, comportament agresiv, iritație sau plâns. Dacă însă această formă de gestionare a unei frustrări este stăvilită prin stimuli punitivi (lovituri, retragerea iubirii, dispreț), atunci (aici este părerea autorului) energia care la origine se mobilizase pentru schimbarea situației nu se mai poate descărca, ci, printr-un fel de reacție paradoxală, se răstoarnă în contrariul ei: se ajunge la o devitalizare, la o prăbușire a nivelului energetic și astfel la depresie.

După părerea mea, răsturnarea excitației pline de forță și încordării în vederea acțiunii, transformarea ei în slăbiciune, în lipsă de energie, formează nucleul apariției depresiei. Ca mecanism bio-psihologic, astfel de procese au fost frecvent descrise în fiziologia și psihologia omului. Astfel, de exemplu,

copiii cu hipermotricitate și hiperiritabili au fost tratați cu un medicament excitant, ceea ce, în mod paradoxal, a dus la o liniștire a micului pacient. În cadrul cercetării sale terapeutice cu LSD, Grof descrie de repetate ori cum introducerea pacientului în stări de angoasă, groază și panică, în care acesta avea conștiința absolută a unei morți iminente, se precipită brusc la acesta în contrariul: persoana respectivă este confruntată cu o iluminare care o copleșește și trăiește sentimente de fericire într-o măsură ce nu o mai cunoscuse până atunci (Grof, 1975).

Procedura terapeutică în cazul tulburării despre care vorbim trebuie să fie orientată în direcția deficitului pacientului respectiv. Conștientizarea condițiilor în care a apărut boala — așa cum ar încerca o analiză clasică — are numai o importanță de ordin secundar și nu poate suspenda prejudiciile reale. Acest lucru este adevărat, dar trebuie să ținem seama de faptul că gestionarea terapeutică a așa-numitei inhibiții trebuie să înceapă cu descoperirea ei. Pacientul respectiv trebuie să resimtă faptul că unele dintre ariile sale pulsionale sunt blocate. El trebuie să fie făcut atent pentru a observa în ce situații i se activează inhibițiile și să învețe treptat să își afirme în mod corespunzător impulsul original, respectiv să îl realizeze. O parte cuprinzătoare din teoria lui Schulz-Hencke se ocupă în mod expres de psihoterapia inhibiției și cuprinde în consecință proceduri efective și elemente din psihologia învățării.

Dezvățarea de neajutorare și neputință se află în centrul terapiei comportamentale a depresiei. Cheia acestei terapii este inversarea procesului care a avut loc odinioară, de descurajare și trezirea încrederii în faptul că el este foarte capabil să controleze și să stăpânească o situație grea. Încurajarea sistematică a pacientului pentru a face mici pași spre schimbare și pentru a se bucura de succesele sale, înlăturarea deficitelor interpersonale (de exemplu, prin demontarea angoaselor sociale), stimularea autoexprimării, jocul de rol legat de situații investite cu angoasă și exersarea secvențelor comportamentale corespunzătoare, training de autoafirmare, destructurare cognitivă cu scopul de a scăpa de concepția negativă despre sine și despre lume, încurajarea pacientului să încerce noi activități, de exemplu, să facă sport, să participe la cursuri de pictură, ceramică sau dans și astfel să își lărgească paleta de acțiuni — toate acestea sunt intervenții terapeutice care țintesc întărirea sentimentului puterii personale și plăcerea competenței.

Cred că acest tip de desfășurare a depresiei este domeniul de elecție al terapiei comportamentale, care poate întregistra aici succese. În ceea ce privește practica psihanalitică, cred că aici nu este indicată o terapie individuală psihanalitică lege artis. Aș urma mai degrabă recomandările lui Schultz-Hencke legate de tratamentul inhibițiilor și aș coopta pacientul într-o terapie interacțională de grup.

În cazul „depresiei și sentimentului deficitar al puterii personale" devine clar cât de utilă este o diagnoză diferențială pentru a stabili care este procedeul terapeutic cel mai potrivit.

Capitolul 8

Depresie şi tulburare narcisică

Depresia este consecinţa unui Sine prejudiciat

Modelele explicative ale variantelor de depresie prezentate aici se bazează pe ipoteza că tulburarea depresivă a dispoziţiei poate lua naştere pe fundalul unei răni narcisice.

(Trebuie să spunem clar că a deveni depresiv este o posibilă reacţie la o vătămare adusă narcisismului; în afară de aceasta mai există multe altele; de exemplu, acte de neglijenţă şi comportament adictiv, tendinţe agresive şi răzbunătoare, retragerea în fantasme de omnipotenţă, tendinţe regresive, tulburări psihosomatice etc.)

Prin tulburare narcisică înţelegem o prejudiciere a Sinelui, aducă a subsistemelor sale.

Sinele cuprinde fenomene ca: sentimentul propriei valori, identitate, sentimentul puterii personale, starea de satisfacere a trebuinţelor (mulţumire-nemulţumire), sentimentul de a avea un Sine integrat, raportul dintre Sinele şi persoanele de relaţie introiectate (reprezentanţe de obiect), stări emoţionale de bază, persistente (de exemplu, amărăciune resemnată).

În acest moment ne interesăm în mod deosebit de trei subsisteme, anume, de sentimentul rănit al valorii proprii, identitatea zdruncinată (inclusiv concepţia despre sine) şi tulburarea relaţiei Sinelui cu reprezentanţele de obiect.

1. Prejudicierea sentimentului propriei valori

În cazul de faţă este vorba despre aceea că un sentiment al valorii personale deja cronic redus sau labil este rănit de un eveniment intern sau extern şi din această cauză se prăbuşeşte.

Prin sentiment al valorii proprii înţelegem valorizarea afectivă a propriei persoane, faptul că de reprezentarea de sine sunt legate sentimente pozitive, respectiv judecata internă pozitivă pe care o are un om despre propriul Sine.

Pentru început, iată câteva citate din literatura de specialitate care exprimă clar conexiunea dintre tulburarea narcisică şi depresie:

Balint, M. (1952): „Depresivul suferă din cauza unei răniri narcisice profunde şi dureroase."

Bibring (1953): „Problema centrală în apariţia depresiei este pierderea respectului de sine"

Jakobson, E. (1971): „Nucleul depresiei este prăbuşirea sentimentului propriei valori."

Kohut, H. (1971): „Incapacitatea psihicului de a regla autorespectul şi de a-l menţine la un nivel normal" este unul dintre lucrurile legate de îmbolnăvirea de depresie.

Battegay, R. (1982): „În depresie... se poate recunoaşte întotdeauna o vidare narcisică, o dispariţie mai mult sau mai puţin completă a trăirii propriei valori. O tulburare în domeniul narcisismului este nucleul esenţial al depresiei. Aşa-numitele depresii psihogene sunt la bază depresii condiţionate narcisic."

Deşi toate textele citate fac conexiunea între depresie şi tulburarea sentimentului propriei valori, nu se spune nimic clar în problema cauzalităţii. Pentru autor, prejudicierea Sinelui reprezintă îmbolnăvirea primară, iar tulburarea dispoziţională depresivă poate fi considerată consecinţa acesteia, o reacţie, o modalitate de elaborare şi nu o manifestare acompaniatoare. Să ne ocupăm acum de condiţiile de apa-

riție a unui sentiment cronic deficitar sau labil al propriei valori.

Sunt de părere că pentru analist este important să își facă o imagine cât mai exactă despre cauzele genetice ale acestei dezvoltări deficitare, deoarece de ea depind consecințele terapeutice. Din păcate, factorii de prejudiciere psihogenetică și modelele conflictuale familiare care stau la baza unui sentiment perturbat al propriei valori nu pot fi indicați aici decât foarte abstract și succint, dat fiind că explicarea lor amănunțită ar depăși cadrele acestei cărți. Urmează deci numai o enumerare a celor mai frecvenți dintre factorii cauzali care fundamentează un sentiment perturbat sau labil al propriei valori:

- lipsa de iubire

În primul rând aici pot fi enumerate toate acele atitudini parentale și toți acei factori de influență socială care conduc la o respingere deschisă sau mascată a copilului. Acestea sunt: maternajul insuficient, „retragerea parțială a aprovizionării afective" (R. Spitz), neglijarea masivă, ostilitatea ascunsă sau deschisă, abuzul asupra copilului etc. Dar tot de această rubrică ține și răceala socială în condițiile unei îngrijiri altminteri corespunzătoare, practicile de exploatare, a abuza de copil pentru a satisface propriile necesități.

Indiferent de felul în care un adult poate reacționa la prejudicierea masivă a posibilităților sale de desfășurare, el va împărtăși întotdeauna o experiență cu toți cei de același destin, care cresc în aceleași condiții: el știe ce înseamnă să fii un copil ne-iubit. Copiii cred că părinții îi iubesc în mod natural, conform unei legi imuabile a naturii. Dacă părinții nu își iubesc copilul — cred cei în cauză — nu este vina tatălui sau a mamei, ci este din cauza copilului. Un copil care nu este iubit ajunge la concluzia falsă și fatală că el este singurul vinovat de situația sa și de aceea el trebuie să fie rău, respectiv netrebnic.

„Nu voi fi iubit" echivalează cu „nu fac doi bani".

Aceasta este sursa unui sentiment deficitar al propriei valori.

- lipsa de acceptare

În acest caz copilul este îngrijit suficient și părinții se preocupă de sănătatea lui, dar din partea părinților lipsesc semnele de bunăvoință și de acord cu manifestările vitale ale copilului. Ei nu acceptă dorințele pe care acesta le exprimă, nu îi acceptă sentimentele și modalitățile comportamentale spontane. Lipsește feed-back-ul de confirmare, acceptarea modului de a fi al copilului și semnalul dat prin priviri și gesturi: „Ești OK așa cum ești!". Copilul nu are parte nici de confirmare în ceea de privește rolul lui sexual de băiat sau fetiță.

- lipsa posibilităților de identificare pozitivă

Dacă un bebeluș este puternic frustrat de mama lui în așa-zisa fază simbiotică a dezvoltării sale, prin lipsă de iubire, despărțire sau neglijență, se ajunge la o masivă „dezamăgire de obiect" și în consecință la o devalorizare a acestuia. Dat fiind că în această fază timpurie copilul și mama (reprezentanțele de sine și de obiect) sunt încă mult contopite, devalorizarea obiectului (deci, a mamei) duce automat la o devalorizare a Sinelui copilului.

O altă situație apare atunci când persoanele de relație apropiate sunt atât de neatractive, atât de slabe, atât de lipsite de vitalitate sau atât de tulburate narcisic ele însele încât o identificare cu ele pare prea puțin ispititoare, de aceea nu se produce, și copilului îi vor lipsi figurile conducătoare ale unor părinți puternici și valoroși.

Adesea însă copiii nu se pot sustrage de la compulsiunea spre identificare (din cauza unor legi psiho-biologice ale dezvoltării) și astfel interiorizează părțile mai puțin valoroase ale tatălui și mamei. Rezultatul este că ei se simt ei înșiși slabi, lipsiți de atractivitate și inferiori.

- lipsa de ajutor în dezvoltare

Copiii supraprotejați, strâns legați de mamă, ținuți într-o continuă stare de minorat și puternic reprimați, cărora li se permit prea puține nu se pot dezvolta ulterior spre a fi adulți independenți. Deficitul lor real în privința unor competențe

bazale, lipsa lor de capacități sociale, slăbiciunea generală a Eului lor duce la anxietate față de viață și la conștiința chinuitoare a faptului că sunt fără putință de vindecare inferiori celor mai mulți dintre cei de aceeași vârstă. Când acești oameni își percep propria imaturitate, ei dezvoltă pe bună dreptate sentimente de insuficiență și inferioritate.

- lipsa de reflectare

Este meritul lui Kohut de a fi atras atenția asupra unui factor esențial în istoria de dezvoltare a tulburărilor narcisice. Kohut a afirmat convingător că formarea iubirii de sine a copilului este prejudiciată de lipsa de ecou empatic, de faptul că el este insuficient perceput de către părinții săi, de lipsa „strălucirii din privirea mamei" (Kohut). Dacă lipsește răspunsul afectiv și disponibilitatea mamei de a răspunde, dacă lipsește admirația și bucuria deschisă față de pașii spre dezvoltare ai copilului (primul zâmbet, primul cuvânt, primul pas), dacă angoasele copilului, necazurile sale, plăcerile sale nu sunt luate în serios, dacă se ajunge chiar la o totală neînțelegere pentru lumea trăirilor copilului, atunci sinele nereflectat suferă un prejudiciu. Rezultă, printre altele, un sentiment deficitar al propriei valori.

- lipsa de autoacceptare morală

Conștiința umană (Supraeul) există în cele mai diverse forme de manifestare. Aici vom vorbi de o anumită structură și patologie a Supraeului și vom identifica legătura dintre sentimentul dezolat al propriei valori și rigoarea veterotestamentară a unei conștiințe rămase la stadiul arhaic, cu tendințe punitive sadice.

Dacă individul a interiorizat judecățile morale de condamnare ale părinților săi legate de persoana lui, rigoarea lor normativă, critica lor devalorizantă, acuzele și amenințările cu pedeapsa, atunci el va suferi din cauza unor puternice sentimente de culpabilitate, adesea inconștiente și va avea sentimental mai mult sau mai puțin clar că, de fapt, el nu are nici un drept să existe pe acest pământ. Sinele său este întrucâtva

expus atacurilor constante din parte a Supraeului său. Severa pedeapsă pe care o impune Supraeul oamenilor cu această structură „constă în condamnarea implicită că ei nu mai merită deloc să fie iubiți și apreciați..." (Kernberg, 1975).

- lipsa de respect față de valoarea umană

Aici este vorba despre părinți sau persoane de relație care, prin devalorizare directă, bătaie de joc, critică descurajantă și impunerea rușinii, rănesc sistematic integritatea copilului lor și îi spun sistematic cât de prost, de urât, de neîndemânatic, inoportun, obraznic, leneș și lacom este el și cât de puțin respect și consolare merită în consecință. Părinții „aduc critici nimicitoare, parțial străbătute de ironie și bătaie de joc, la tot ce fac copiii" (Gerboulet, E.) și astfel le îngroapă respectul de sine.

- lipsa de spațiu de respirat

Se înțelege prin aceasta lipsa de spațiu liber pentru desfășurarea propriului fel de a fi — așa cum a fost descris deja pe larg în capitolul: Depresie și sentimentul deficitar al puterii personale.

Nici sentimentul propriei valori nu se poate dezvolta la puterea sa normală dacă părinții condiționează iubirea și acceptarea acordate copilului, dacă îl supun unei presiuni a așteptării de a fi așa cum li se pare lor important și just. Pe toți copiii incapabili să se ridice la înălțimea dorințelor secrete sau direct trăite de părinții lor îi amenință sau îi atinge deja retragerea iubirii și experiența amară a eșecului. Ei se vor simți toată viața niște looseri, niște ființe inferioare care nu au meritat să se bucure de favorurile și mizericordia iubirii parentale. Sentimentul valorii lor proprii rămâne deficitar.

- abuzul sexual asupra copiilor

Din lucrări recente din literatura de specialitate (respectiv din mărturiile persoanelor în cauză, citate acolo) aflăm cât de devastator este efectul pe care îl au astfel de abuzuri asupra aprecierii pe care individul o are față de propria valoare. Apare din nou fenomenul paradoxal conform căruia victima este

cea care se simte prost, care se simte vinovată, în loc să îi adreseze făptașului această judecată de condamnare morală.

Să ne punem acum întrebarea cum arată *statu quo*-ul, deci structura de personalitate a unui adult care suferă de un deficit narcisic, în sensul unui sentiment slab sau labil al propriei valori:

În funcție de forța pulsională, de pofta de viață și de voința de autoafirmare înnăscută respectivului individ, vom găsi la unii forma de elaborare stenică, în sensul unei formațiuni reacționale supracompensatorii sau — în cazul unei vitalități mai slabe — vom întâlni oameni timizi, nesiguri de sine, care preferă să se mențină în planul al doilea, care sunt dispuși imediat să-și ceară scuze că există și al căror întreg parcurs de viață ne lasă să recunoaștem cât de slabă este aprecierea pe care o au față de propria lor valoare. Din punctul de vedere al structurii narcisice, cele două variante de personalitate sunt echivalente. Ele se disting prin:

- mare necesitate în raport cu gratificările narcisice (lăcomia de aprovizionare permanentă din afară cu sentimente nutritive emoțional);
- o mare senzitivitate și susceptibilitate de a resimți rușinea — o discrepanță trăită cronic între Eul ideal (așa aș vrea să fiu) și Eul real (așa sunt).
- O mare sensibilitate în raport cu următoarele situații: a fi ignorat, a avea insuccese, a fi criticat, a eșua, a suferi despărțiri, a nu fi înțeles, a duce lipsă de gratificații purtătoare de autoconfirmare;
- Sentimente secrete de omnipotență până la „delir de grandoare".

Oamenii al căror sentiment al propriei valori a fost prejudiciat fac de regulă variate eforturi de a-și echilibra deficitul resimțit dureros. Ei caută febril să iasă în față și, prin performanțele lor, să atragă asupra lor toate privirile care le-au lipsit în copilărie. Acestui scop îi convin toate planurile de viață și scopurile spre care se poate îndrepta dorința omului.

Aici trebuie să facem o enumerare a cuvintelor-cheie care țin de scopurile și obiectele de trebuință care servesc narcisismului:

- vază, status, prestigiu social

Este vorba despre vise, despre o carieră, despre un status profesional ridicat, de dorința și efortul de a ocupa „o lojă" în societate, de a se bucura de mare faimă până la venerație pentru merite excepționale.

- iubire în cadrul relației cu partenerul

O mare și copleșitoare iubire în cadrul unei relații strânse și exclusive în doi pare a fi binecuvântarea par excellence. De ea se leagă dorințe și reprezentări despre un ecou empatic și o înțelegere fără echivoc, despre continue confirmări și osanale (Heigl-Evers) și despre posibilitatea unei contopiri cu cineva care îl acceptă necondiționat pe individul nostru. Pentru cel care iubește, iubitul este confirmarea propriei sale singularități. El înoată în euforia înțelegerii și în conștiința importanței de neînlocuit a propriei persoane. El speră să curgă permanent către sine un curent de atenție și dedicație, de prezență amabilă și tandră. Izvorul generos al relației parteneriale îl hrănește pe copilul flămând din el cu ingredientele fericirii care i-au lipsit atât de mult, după care tânjise o viață întreagă. Și dacă reușește să păstreze starea sărbătorească de îndrăgostire și să o apere de curgerea anilor, atunci el are parte de Raiul pe pământ și iubirea devine o revelație.

- performanță

Trăim într-o societate a performanței. Confirmarea narcisică pe calea înaltelor performanțe în știință, artă, sport, politică, a capacităților și recordurilor, dar și a străduinței în școală, profesie și munci casnice constituie o practică accesibilă pentru a stabiliza sentimentul slab al valorii proprii.

- proprietate

Dacă ai avut ceva, atunci ai fost cineva! Banii nu aduc fericirea, dar uneori aduc liniște. Acumularea de proprietăți și bunuri de lux, lupta pentru bogăție și valori materiale, cu toate umbrele sale, a servit dintotdeauna măririi propriei persoane, l-a făcut pe respectivul om mai puțin vulnerabil, mai sigur

şi i-a permis să profite de faptul că „lumina aurului său" îl face să pară mai important şi mai valoros în ochii semenilor săi.

- faimă

Faima este câmpul clasic de luptă al celor cu trebuinţe narcisice. Foamea de aplauze îi împinge pe mulţi dintre ei spre profesii din domeniul spectacolului, spre tribunele oratorilor şi spre amvoane. Ecoul laudativ, acordul entuziast şi admiraţia sunt „cele mai tari alimente" pentru un sentiment slab al propriei valori.

- cultul corpului şi moda

Autoconfirmarea narcisică se poate obţine şi pe calea beneficiilor de pe urma formei de apariţie exterioară şi îngrijirii şi expunerii propriului corp. În ceea ce priveşte îmbrăcămintea şi machiaj există o gamă largă de posibilităţi de autoexprimare: de la eleganţa în ton cu moda, la zorzoane şi la tot felul de nebunii şi extravaganţe care au în mod conştient scopul de a şoca. Adesea înfăţişarea tinerească şi frumuseţea trupească formează o provizie valabilă timp de decenii pentru a fi dorit şi apreciat, dar odată cu îmbătrânirea această sursă se epuizează şi îl poate prăbuşi pe beneficiarul ei în crize severe. Ramuri întregi ale economiei: industria modei, a cosmeticelor, chirurgia plastică şi centrele de bodybuilding trăiesc tocmai pe seama trebuinţei narcisice a unor grupuri populaţionale largi, care îşi echilibrează respectul de sine cu ajutorul cultului corpului.

- a fi iubit

Cultivarea unilaterală şi supraccentuată a contactelor prieteneşti, mai ales cu persoane dorite social, interesante, bogate şi proeminente sporeşte renumele de care se bucură individul şi trece drept dovadă a faptului că el însuşi este popular. Motto: Eu sunt un om dorit, toţi vor să fie cu mine.

- puterea

Posesia şi exercitarea puterii este una dintre satisfacţiile substitutive cele mai incitante şi mai hrănitoare pentru deficitele emoţionale şi lacunele narcisice, dacă ne gândim la vehemenţa adictivă cu care se cramponează de putere şi influenţă purtătorii acestora. Posesia puterii simulează forţa personală şi importanţa şi pare a fi contrariul unui sentiment reprimat al propriei valori.

- a face parte din elită

Apartenenţa la cercuri alese, la grupuri profesionale sau de status elitiste îl fac pe respectivul om să participe la măreţia organizaţiei şi îi aplică marca extraordinarului.

- cuceriri sexuale

Sexualitatea poate fi abuzată în diverse scopuri şi în mod special în serviciul autoafirmării narcisice. În acest caz cuceririle sexuale sunt puse în scenă de fiecare dată cu un nou partener, şi asta nu datorită dobândirii plăcerii sexuale, ci sunt căutate pentru că măgulesc iubirea de sine a respectivului şi îi servesc pentru confirmarea propriei valori în ceea ce priveşte farmecele sociale şi erotice.

- Cultivarea statutului de excepţie

„Dacă nu sunt cel mai bun, atunci cel puţin voi fi cel mai prost."

Există oameni care au un sentiment reprimat al propriei valori şi care vor cu orice preţ să se deosebească de „omul de masă". Ei strălucesc datorită unei meserii sau unui hobby ieşit din comun. Cu întregul lor fel de a fi, ei ies din cadrele obişnuite. Ei atrag atenţia şi uimirea şocată a semenilor, în calitate de artist, rebel, vagabond, estet, geniu, globe-trotter, boem, femeie fatală, anarhist, guru şi vindecător. Statutul lor excepţional îi ridică deasupra restului lumii.

- rolul de a ajuta

A fi folosit este un mijloc de sedare par excellence împotriva chinuitorului sentiment al propriei nimicnicii. Ajutându-i pe alţii, punându-mă în serviciul iubirii faţă de aproapele, lăsând în plan secund propriile porniri egoiste sau chiar intrând

în rol de martir, devin un om nobil, demn de admirație și valoros. Astfel îmi domolesc îndoiala legată de dreptul meu de a exista.

- confirmările care vin de la rolul matern

Multe femei își configurează întreaga lor autoconfirmare în jurul rolului lor matern. Ele sunt mândre de succesul copiilor lor. Ele se bucură de recunoașterea grijii lor neobosite și se definesc ele însele în exclusivitate prin faptul că sunt mame. Criza lor se instalează ulterior în viață, atunci când ultimul copil părăsește casa părinților și mama își pierde sensul vieții.

- participarea identificatorie

Cel care are prea puțină strălucire personală poate să împrumute o porție de aici. Există oameni cu un sentiment redus al propriei valori, care participă la mărirea, frumusețea, puterea sau înalta poziție socială a partenerului lor și pe această cale se investesc și pe sine cu valoare.

- creativitate

Nimic nu penetrează prăpăstiile dispoziției cu o satisfacție mai mare și mai consolatoare decât desfășurarea reușită a potenței creatoare. O lucrare desăvârșită este sursă de laudă și autoconfimare. Numai atunci când creativitatea slăbește sau dezamăgește se poate ajunge la o criză a valorii proprii.

Aici se încheie enumerarea posibilelor surse de compensare a unui sentiment deficitar al propriei valori. Desigur că este vorba aici numai despre listarea celor mai importante dintre posibilitățile compensatorii.

Doresc să mai accentuez explicit să aceste 15 surse sunt scopuri generale ale eforturilor omului sănătos și astfel ele nu indică din capul locului vreo tulburare.

Acum ne interesează care sunt circumstanțele și evenimentele care permit unui om cu un sentiment deficitar al propriei valori să se decompenseze.

1.1 Situațiile declanșatoare de încercare și frustrare

1.1.1. Insuficiența sau lipsa gratificațiilor narcisice de importanță vitală

De fiecare dată când aportul de satisfacții necesare pentru echilibrarea unei balanțe narcisice precare scade sub un anumit nivel de suportabilitate, se ajunge la o criză. Situațiile declanșatoare sunt următoarele:

- pierderea de status, de exemplu, din cauza pensionării sau a prăbușirii unui vis de carieră
- partenerul dezamăgește în ceea ce privește dovezile de iubire sau se sustrage total (de exemplu atunci când se naște un copil)
- propria capacitate de activitate lasă de dorit; se reduce randamentul în muncă sau nu mai este onorat ca mai înainte;
- pierderea unor proprietăți și a prestigiului legat de acestea
- pierderea valorii și admirației (de exemplu, un actor nu mai are contracte, devine șomer)
- pierderea frumuseții și aspectului dezirabil, din cauza procesului de îmbătrânire
- pierderea simpatiei din partea celorlalți și pierderea cercului de prieteni din cauza unui comportament condamnat de societate
- pierderea puterii și influenței (un politician nu mai este reales)
- pierderea participării la un grup elitist, de exemplu, din cauza unui comportament propriu dezonorant
- piederea puterii de atracție sexuală din cauza vârstei sau bolii
- imposibilitatea de a exercita ca și până atunci rolul de a oferi ajutor, din cauza bolii sau pierderii obiectului îngrijirilor
- pierderea rolului matern: copiii părăresc casa
- pierderea partenerului, la a cărui măreție subiectului nostru participa
- reducerea sau pierderea propriei creativități

1.1. 2 A suporta critici, a fi jignit

Chiar dacă are intenţii constructive, critica nu face altceva decât să confirme temerile persoanei respective că nu are prea mare valoare. Adesea, această persoană se simte imediat pusă în întregime sub semnul întrebării.

1.1.3 Perceperea discrepanţei dintre Eul ideal şi Eul real

De fiecare dată când omul respectiv nu-şi mai atinge scopurile pe care şi le propune, când suferă experienţe de insucces sau eşuează într-o anumită sarcină, el înregistrează acest lucru ca o inferioritate a propriei persoane, devenită vizibilă.

1.1.4. Jignirea

Persoana care are tulburări legate de sentimentul propriei sale valori este întotdeauna o persoană profund susceptibilă. O jignire suferită nu este numai un fel de rană, adică o afectare puternică a sentimentului de bine propriu, ci este întotdeauna o revoltă împotriva presupusei neruşinări a celui care a adus-o. Ea conţine un impuls agresiv îndreptat spre cel care a provocat-o.

Să spunem că cineva spune următorul lucru: „Ce rău arăţi astăzi şi ce abătut!" — cel căruia i se adresează poate să se cutremure, jignit, („Am ştiut întotdeauna că sunt urât"), fără însă ca această remarcă să îi fie luată interlocutorului în nume de rău. Dimpotrivă, persoana la care ne referim noi percepe aceasta ca un atac nemilos asupra sa şi reacţionează rănită („Cum poate fi atât de lipsit de tact încât să-mi spună adevărul gol-goluţ în faţă!")

A fi rănit este întotdeauna un indiciu pentru faptul că a avut loc o jignire. O jignire înseamnă afectarea unei pretenţii a individului respectiv, dezamăgirea unei aşteptări narcisice, ea declanşează sentimente de descurajare şi înjosire, de neputinţă şi neajutorare, dar şi de mânie, aşa cum am descris deja.

Omul iritabil are de regulă un loc vulnerabil propriu, specific. S-ar putea scrie cărţi întregi descriind cum se creează la fiecare aceste puncte vulnerabile.

Critica poate răni („Aceste lucruri mă dor") dar poate fi trăită şi ca o jignire („Aceste lucruri mă dor, mă faci să sufăr, ordinarule!")

O enumerare a posibilelor prilejuri de jignire arată astfel:

Jignirea este consecinţa unei pretenţii rănite în ceea ce priveşte:

- armonia şi lipsa de agresivitate în relaţia de cuplu
- acceptarea fără critică a tuturor manifestărilor mele vitale
- a câştiga fiecare joc şi concurs
- disponibilitatea necondiţionată a unui obiect al Sinelui cu rol de reflectare şi admiraţie
- fidelitate şi a-nu-fi-părăsit
- un rol de conducere şi o poziţie de putere necontestată
- iubirea şi afecţiunea necondiţionată
- apreciere şi admiraţie
- disponibilitatea sexuală a partenerului
- grijă, răsfăţ oral şi recunoaşterea poziţiei m·le de îngrijitor
- a fi înţeles empatic

Declanşatorii unei jigniri sunt de o varietate aproape de necuprins. Există nespus de multe pretenţii proprii fiecărui individ şi posibilităţi de afectare a lor.

1.1.5 Ruşinea

Trăirea amplificată a sentimentului de ruşine corespunde unui sentiment deficitar al propriei valori şi apare întotdeauna atunci când, din cauza propriului comportament, un om contravine valorilor importante pentru el şi pretenţiilor pe care le are faţă de sine sau atunci când respectivului îi este indicat din afară un punct slab — care era păstrat ascuns în anumite circumstanţe.

În afectul de ruşine, respectivul îşi trăieşte deosebit de intens şi de dureros inferioritatea, până la sentimentul nimicitor de a nu mai avea nici un drept să trăiască. Persoana care a declanşat sentimentul de ruşine nu mai este percepută în acest caz drept agresor. Această persoană nu a făcut decât să desco-

pere o vină, un defect, o lipsă moralmente reprobabilă care era deja cunoscută purtătorului ei.

1.3.6 Sentimente de culpabilitate inconștiente

Expus reproșurilor, un om nesigur în ceea ce privește sentimentul propriei valori, care în plus mai suferă și de sentimente de culpabilitate inconștiente, se va simți imediat vinovat. La această vinovăție declanșată actualmente de critica enunțată de altcineva se adaugă o vinovăție din inconștientul său, care cântărește mult mai greu și care este actualizată.

1.2 Terapia sentimentului deficitar al propriei valori

Înainte de a oferi un tablou mai sistematic al posibilităților de terapie în cazul unui sentiment tulburat sau zdruncinat al propriei valori, trebuie să luăm în considerare și să prezentăm o abordare terapeutică orientată în mod special asupra tulburărilor narcisice, anume teoria lui Kohut despre narcisism și metodele terapeutice rezultate din aceasta (Kohut 1971).

Kohut se concentrează asupra a două substructuri, cele mai importante din Sinele omului, care există deja la vârsta sugarului, sub formă de germeni, de predispoziții. Acești precursori ai Sinelui adult au nevoie de o anume îngrijire și de un anume tratament din partea persoanelor de relație primare, pentru a se desfășura și a se transforma treptat în structuri mai mature și mai diferențiate. Aceste două aspecte parțiale constau în forma lor adultă, adică complet desfășurată, din așa-zisul sentiment al propriei valori și atitudinile valorice (scopurile centrale ale vieții și nucleul tendințelor). În manifestarea lor arhaică la copilul mic, ele sunt denumite de Kohut „Sine măreț" și „imago parental idealizat".

Sinele măreț al copilului mic dezvoltă o trebuință de reflectare și de ecou empatic; micuțul vrea să fie perceput, să fie acceptat în cele mai importante manifestări vitale ale sale și să identifice în ochii mamei o strălucire care apare imediat ce el apare în scenă. Dacă părinții se ridică la înălțimea foamei de empatie și de acceptare plină de bucurie manifestate de copil, atunci, pe măsură ce trec anii, din acest Sine măreț se dezvoltă un sentiment stabil al propriei valori cu conștiința că „eu sunt OK."

Alături de linia de dezvoltare indicată mai sus (de la Sinele măreț la sentimentul propriei valori) există însă și o a doua tendință puternică, care se poate circumscrie în conceptul de „trebuință de idealizare". Copilul mic are înnăscută trebuința de a idealiza pe cele mai importante persoane care îl îngrijesc, adică de a le atribui acestora puteri nelimitate și măreție. El ar vrea să se contopească apoi cu acești oameni minunați și astfel să participe la puterea și măreția lor. Acești părinți astfel idealizați înlocuiesc în primul rând structurile psihice proprii care îi lipsesc copilului mic. Psihicul rudimentar participă, prin contopire, la organizarea psihică înalt dezvoltată a mamei/tatălui. Copilul trăiește împreună cu părintele iubit stările afective ale acestuia — prin atingeri, ton al vocii, el participă la aceste procese emoționale și prin interiorizare structurantă învață să se autoliniștească, să îmblânzească angoasele și să amâne satisfacția pulsională. Dar în acest fel el preia și idealurile, reprezentările valorice și dedicația pentru scopuri rezonabile, exact cum le-a trăit la persoanele sale de îngrijire.

Dacă în analiză vine un pacient foarte nesigur în ceea ce privește sentimentul propriei valori, el regresează de regulă la modelul de experiență infantil și reactivează fără intenție acele faze din dezvoltarea sa infantilă în care formarea Sinelui a eșuat din cauza condițiilor insuficiente ale mediului parental. Forțele de autovindecare ale sufletului uman întreprind întrucâtva un al doilea periplu, pentru a recupera ceva uitat și pentru a repara ceva care nu s-a putut desfășura în copilăria timpurie din cauza lipsei unor stimuli de dezvoltare adecvați.

Kohut scrie: „În relația cu analistul, se ajunge la o reconcretizare a relației cu obiectul Sinelui (mama). Analistul reprezintă un substitut pentru o structură psihică absentă, el devine furnizor al sentimentului valorii proprii, integrator al tendințelor sale, el este o putere idealizată, care distribuie îndurare și susținere." (Kohut, 1977)

Experiențele transferențiale subiective ale analizantului îi permit analistului să reconstruiască lumea experiențelor copi-

lăriei pacientului din timpul fazelor genetic decisive și să le elaboreze împreună cu acesta.

„Acest proces de elaborare începe în majoritatea cazurilor cu o mobilizare a trebuințelor arhaice de oglindire și contopire; odată cu progresul elaborării, treptat, ideile de grandoare arhaică ale pacientului și dorințele sale de contopire cu obiectul atotputernic se transformă într-un sentiment sănătos al propriei valori și în abandonul util al idealurilor." (Kohut, 1977)

„Pacientul îl utilizează pe analist ca obiect al Sinelui (un obiect trăit ca parte a propriului Sine), adică în calitate de substitut-precursor pentru structurile psihologice care nu există încă. Treptat, ca rezultat al numeroaselor procese de microinteriorizare, aspectele de alinare ale angoasei, de a suporta amânările și alte aspecte ale imagoului analistului devin o parte a arsenalului psihologic al analizandului. Prin procesul de interiorizare metamorfozantă se construiește noua structură psihologică" (Kohut, 1977)

Analistului îi incumbă în cadrul procesului terapeutic acele sarcini în care au eșuat părinții pacientului pe atunci foarte tânăr: el îl percepe pe pacient, îl reflectă, îl acompaniază participând și înțelegându-l și acceptă toate manifestările sale vitale, i se oferă în calitate de obiect demn de a fi idealizat, stabilește noi valori sau caută și găsește idealuri în germene sau zdruncinate, talente nefolosite, scopuri de viață și modalități de exprimare creative în inventarul de personalitate al analizandului și le trezește la o nouă viață. Atunci când — indiferent din ce motive — nu reușește suficient în cadrul analizei completarea defectului structural, deci durarea unui sentiment sănătos al propriei valori, Kohut recomandă „reabilitatea funcțională a structurilor compensatorii". Mai clar: sentimentul deficitar al propriei valori poate fi echilibrat prin stabilirea unor idealuri puternice și prin dezvoltarea și exersarea talentelor și disponibilităților.

Din terapia tulburărilor sentimentului propriei valori rezultă exemplar și deosebit de clar procesul în trei etape ale fiecărei forme de psihoterapie eficientă. Tratamentul acestui prejudiciu narcisic se desfășoară în trei pași: în primul rând, indicarea tulburării, dinamicii și funcției lor, în al doilea rând, demontarea tulburării și în treilea rând, construirea unor noi structuri narcisice.

1.2.1. Indicarea tulburării narcisice

a) În prima secțiune a terapiei se reușește pentru prima dată punerea în evidență a faptelor psihologice, identificarea tabloului clinic al afecțiunii și deschiderea accesului pentru pacient la trăirea aspectelor până atunci inconștiente. Pacientul exprimă și descrie, de regulă, sentimentele sale de inferioritate și îi comunică terapeutului aprecierile negative pe care le face despre sine. El exprimă sentimente de vinovăție, tendința sa de a lua asupra sa întreaga vină atunci când ceva merge prost, vorbește despre rușinea sa, despre hipersensibilitatea sa la critică și despre diverse angoase care au ca fundal nemijlocit un sentiment tulburat al propriei valori (de exemplu, angoasa de a fi descoperit). Analistul pune întrebări despre cele mai diverse comportamente ale pacientului său și evidențiază faptul că acestea depind de sentimentele sale de insuficiență.

Terapeutul va bănui atunci tulburarea sentimentului propriei valori și va atrage atenția pacientului asupra acestei conexiuni: atunci când un om își bate copiii, se simte foarte rapid disprețuit, simte că nu este luat în serios, chiar că este trecut cu vederea, neglijat, pus la zid, urăște străinii pentru că îi consideră inferiori, este revendicativ, se poate refugia adesea în minciună, este extrem de închis, nu vrea să iasă în evidență și cel mai mult i-ar plăcea să fie invizibil. Mai departe el va analiza Idealul Eului spradimensionat, nevrotic al pacientului, de exemplu, perfecționismul său și va arăta că aceasta este sursa eșecurilor sale permanente, dat fiind că pacientul nu va putea reuși niciodată să se ridice la înălțimea unor pretenții atât de înalte. Apoi este importantă descoperirea așa-ziselor tendințe nevrotice ale bolnavului și descifrarea lor în calitate de încercări neîndemânatice de a compensa sentimentul de sine înjosit. De aceste tendințe nevrotice (K. Horney) țin toate acele scopuri pe care eu le-am

descris în secțiunea anterioară drept surse de alimentare ale narcisismului (de exemplu, performanță, proprietate, status, iubire, acceptare, putere, puterea de atracție etc.). Așa cum am amintit deja, aceste trebuințe joacă un rol legitim și într-un curs sănătos al vieții. Ele se pot însă denatura, hipertrofia și pot să îl acapareze cu vraja lor pe purtător, cu o forță compulsivă, astfel că adesea acesta devine posedat de această „pulsiune" așa cum este posedat dependentul de drogul său. Atunci când pacientul are trebuința compulsivă de a se măsura și compara cu alți oameni și supraapreciază cronic calitățile altora, aceste lucruri reprezintă un indiciu pentru tulburarea tratată aici. Este important și să identificăm posibila ură de sine a pacientului și tendința care se dezvoltă de aici, de autopedepsire, dat fiind că acestea pot să țină de un sentiment de inferioritate ascuns. Analistul devine deosebit de atent de fiecare dată când pacientul său se surmenează până la epuizare, se comportă autodestructiv cu rănile și maladiile sale, nu își permite sieși nimic, își sabotează succesele și se tratează pe sine cu o asprime uimitoare. Pentru a putea combate un dușman trebuie mai întâi să îl cunoaștem (Freud). Analog, pacientul trebuie să facă cunoștință nu numai cu sentimentul său de inferioritate, ci și cu toate ramificațiile acestuia, cu derivațiile sale ascunse și cu modalitățile sale de acțiune, pentru ca ulterior să se dezvețe de acestea.

b) Demonstrarea faptelor se face în special prin retrăirea de către pacient a experienței emoționale a felului cum a luat naștere tulburarea sa și prin înțelegerea cognitivă a acesteia, atunci când, în tratamentul psihanalitic, geneza sa este amintită și elaborată. Cunoașterea emoțională a felului cum a luat ființă o anumită stare de lucruri nu înseamnă încă înlăturarea tulburărilor existente, dar reprezintă o verigă importantă în lanțul procesului de vindecare.

Am descris deja în secțiunea anterioară condițiile în care ia ființă o tulburare narcisică. Pentru fiecare pacient vor intra în discuție unul sau mai multe dintre aceste grupuri de cauze.

c) În cadrul elaborării dezvoltării sale infantile, pacientul trebuie să își amintească nu numai condițiile în care a luat naștere tulburarea sa, ci și consecințele pentru istoria sa de viață care decurg din deficitul narcisic din prima sa copilărie. Un copil foarte nesigur în ceea ce privește sentimentul valorii proprii reacționează la acest prejudiciu, perceput surd, dar dureros, printr-un comportament defensiv sau prin contramăsuri compensatorii, care marchează, în circumstanțele date, întreaga structură a vieții sale ulterioare. Unele școli psihoterapeutice au tratat amănunțit această stare de fapt, chiar dacă folosesc pentru același fenomen nume diferite. Atât psihanaliza lui Freud cât și derivatele acesteia (Adler, Horney, Reich, Schultz-Hencke, Kohut, Kernberg ș.a.) și-au orientat atenția nu numai asupra afectării primare a dezvoltării psihice a copilului, ci și asupra mecanismelor de reglare și apărare ale psihicului uman care servesc la integrarea în personalitate a unui prejudiciu sau deficit primar, a unei deformări bazale sau condiționări greșite, astfel încât persoana să rămână viabilă. În majoritatea tulburărilor și simptomelor nevrotice noi nu avem de-a face cu prejudiciul și deformarea sa originală, ci cu încercările de salvare și contramăsurile pe care el le-a instituit împotriva traumei primare. Strategiile care odinioară trebuiau să îi asigure existența și să o facă suportabilă se transformă, pe măsură ce trece timpul, în entități patologice autonome și infirmități care trebuie dizolvate într-o terapie. De exemplu: fantasmele sau acțiunile sadice servesc unor scopuri defensive și sunt o reacție la răni narcisice. Ele „au fost pe de o parte expresia unei mânii narcisice și pe de altă parte îl protejau de conștiința dureroasă a depresiei și de sentimentul unei valori proprii reduse." (Kohut, 1977). „Psihopatologia nucleară a tulburărilor narcisice de personalitate constă din defecte ale structurii psihologice a Sinelui care au luat naștere în copilărie și, în al doilea rând, din formațiuni structurale secundare, care au luat și ele ființă tot în copilăria timpurie", legate de defectul primar, adică formate drept reacție la acesta.

Există două formațiuni structurale secundare: în primul rând structurile defensive, a căror funcție proprie constă din

„acoperirea defectului primar al Sinelui", de exemplu, „fantasme de control sadic exercitat asupra femeilor" (Kohut) şi, în al doilea rând, structurile compensatorii, care „compensează acest defect, în loc să îl acopere", de exemplu, activitatea scriitoricească (Kohut, 1977). Lui Alfred Adler îi revine meritul de a fi fost primul cercetător care a accentuat (în psihologia sa individuală) importanţa centrală pe care o are tulburarea sentimentului propriei valori în construcţia personalităţii nevrotice. În acest context, el vorbeşte despre aşa-numitul stil de viaţă al unui om, construit de acesta ca reacţie la sentimentul său de inferioritate.

Răspunsul specific şi individual al fiecărui adult la starea sa specifică şi absolut individuală de deficit, adică la deficitul său narcisic, constă în aceea că el dezvoltă un fel de strategie de învingere a acestei stări, care serveşte salvării şi asigurării sentimentului valorii sale proprii. Această apărare compensatorie se exprimă în stilul de viaţă al celui afectat. Supracompensarea şi asigurarea prin evitare reprezintă răspunsuri ale copilului care suferă un prejudiciu narcisic.

Ceea ce era pentru Alfred Adler stilul de viaţă este pentru analiza tranzacţională aşa-zisul *life script* (scenariu de viaţă), anume deciziile timpurii, luate inconştient asupra cursului şi scopurilor vieţii. Scenariul de viaţă poate cuprinde, de exemplu, retragere, provocare sau adaptare, stăpânire de sine, evitarea respingerii, obţinerea superiorităţii prin performanţă sau voinţă de putere. Conceptele: strategie de viaţă, stil de viaţă, model fundamental de viaţă, scenariu de viaţă, jocuri (Berne, 1970), tendinţe nevrotice (Horney), structuri defensive şi/sau compensatorii (Kohut) se referă — cu mici deviaţii — la acelaşi lucru şi descriu încercările unui copil perturbat narcisic de a nu mai retrăi niciodată traumele copilăriei sale (a nu fi iubit, a părea ridicol, a fi devalorizat). În analiză, pacientul adult cu tulburare narcisică ar trebui să-şi retrăiască nu numai traumele sociale de bază, ci şi modalităţile prin care el a încercat să stopeze procesul de rănire, printr-o strategie de supravieţuire care s-a dovedit în cele din urmă neîndemânatică şi din cauza căreia s-a dezvoltat modelul nevrotic de trăire şi comportament.

Tulburările narcisice apar „ca urmare a deficitelor traumatice şi/sau durabile în empatia din partea mediului său obiectal" (Kohut, 1977). „Când Sinele este prejudiciat sau distrus în mod serios, atunci pulsiunile devin spontan constelaţii puternice. Pentru a scăpa de depresie, copilul se îndepărtează de obiectul neempatic sau absent şi se dedică senzaţiilor orale, anale şi falice, pe care le resimte cu mare „intensitate". Şi aceste experienţe de translaţie pulsională în copilărie devin puncte de cristalizare pentru formele de psihopatologie adultă care reprezintă Sinele în maladiile esenţiale." (Kohut, 1977). Sub titlul „Punerea în evidenţă a tulburărilor" am făcut până acum cunoştinţă cu trei activităţi psihoterapeutice: prima activitate consta din constatarea existenţei tuturor modalităţilor comportamentale şi experienţiale care înconjoară perturbarea sentimentului valorii proprii, după motto-ul: Iată ce avem aici!

În pasul al doilea, pacientul făcea cunoştinţă cu istoria apariţiei afecţiunii sale primare, după motto-ul: Iată cum a apărut!

Apoi ne ocupam de măsurile pe care psihicul tânăr al pacientului, pe atunci mic, le-a întreprins în calitate de apărare şi încercare de salvare, pentru a acoperi sau compensa defectul bazal. Am făcut cunoştinţă cu aşa-numitele structuri secundare, care s-au format deja în copilăria timpurie. Aici este valabil motto-ul: Iată, acestea sunt consecinţele.

d) Mergem acum un pas mai departe şi ne interesăm de manifestările defectului primar (sentiment deficitar al valorii proprii) şi de contramăsurile secundare în cursul actual al vieţii pacientului şi punem următoarele întrebări:

Unde în structura vieţii şi în economia afectivă a pacientului se fac remarcate tulburări primare şi secundare? Ce efecte au ele asupra vieţii sale? În aceste condiţii, ce foloase trage el din prejudiciul său? Şi în aceste condiţii, de ce se cramponează el de edificiul nevrotic al vieţii sale?

În aceste eforturi, ne lovim, de exemplu, de: vise diurne şi fantasme de grandoare de mare întindere; ambiţie sportivă exagerată până la autovătămare; carieră defensivă din cauza temerii de succes; angoasă până la panică legată de îmbătrâ-

nire și de pierderea atractivității; comportament de retragere și evitarea contactelor sociale; conflicte agresive repetitive și aprige cu partenerul de viață, deoarece pacientul se simte neînțeles sau disprețuit; căutare adictivă a prestigiului social prin preluarea unor noi și noi servicii cu caracter public; cramponarea de un nivel redus al pretențiilor, din cauza temerii de eșec sau de a se expune; nemulțumire cronică și căutare neobosită a iubirii, confirmării, chiar în promiscuitate.

Exemplele enumerate reprezintă numai o parte a posibilelor variante din cercul tulburărilor narcisice și nu doresc decât să facă mai limpezi cele intenționate, nu să le descrie în toată bogăția de manifestări.

În cele din urmă, merită amintit și faptul că nu puțini dintre cei cu tulburări narcisice continuă să se cramponeze de problemele lor, în ciuda terapiei oferite, pentru că o schimbare li se pare mai amenințătoare decât menținerea în vechile lor beteșuguri psihice. Voi rezuma pe scurt în cele ce urmează în ce constă această amenințare:

- schimbarea aduce incertitudine și declanșează angoasa; ceea ce este nou și necunoscut pare amenințător pentru că ar putea suprasolicita capacitatea de adaptare a respectivei persoane și ar putea să o confrunte cu situații în care să eșueze. Din angoasa de acest eșec el se decide să rămână la durerea deja cunoscută, la vechea situație de viață care îi oferă siguranță.
- ceea ce este nou și necunoscut pare amenințător, pentru că l-ar putea confrunta din nou cu trauma copilăriei sale timpurii și astfel l-ar putea prăbuși într-o disperare profundă.
- cramponarea de vechea imagine a lumii, aleasă odinioară, garantează echilibrul psihic de moment al pacientului, deoarece conține o serie întreagă de plusuri obișnuite, adică avantaje: pacientul poate, de exemplu, să creadă că nu este răspunzător pentru soarta lui și poate pune pe seama lumii celei rele toată vina pentru propria lui mizerie. Ca urmare, el poate pretinde reparații pentru nedreptatea suferită și-și poate anunța cererea de iubire, răsfăț și grijă, fără să fie obligat la reciprocitate. El poate atunci să refuze vindecarea și maturizarea atâta timp cât nu i se poate oferi reparația totală de a primi ulterior ceea ce-i lipsise la început. Din contră, a renunța acum la toată hrana sufletească ce îi fusese refuzată în copilărie i se pare o cerere monstruoasă, pe care el trebuie să o respingă cu indignare. El poate să își folosească boala și ca pe o acuză împotriva tatălui și mamei, chiar a întregii lumi. Printre altele, el se simte rănit atât de profund încât, după părerea lui, nu există nimic pe lume care ar putea să repare această vătămare. A ierta înseamnă a renunța la răzbunare și, dimpotrivă, a trebui să suferi și să fie pus sub semnul întrebării chiar sensul vieții tale.
- Pacientul poate să fie cuprins de o resemnare totală și se poate umple de o neîncredere profundă în posibilitatea unei schimbări pozitive. Încercarea unei terapii îl amenință cu durerea unei noi dezamăgiri și ar putea să îl înfunde și mai adânc în singurătatea neîncrederii sale.
- Pacientul ar fi putut să facă din mizeria lui o virtute și să se perceapă pe sine ca pe un „geniu al suferinței", împodobit cu coroana de spini a celui ales. El își cultivă boala ca o condiție diferită și mai bună decât a restului muritorilor și astfel nu poate decât cu greu să fie motivat să renunțe la această satisfacție narcisică în favoarea unei sănătăți normale.
- Dacă pacientul are o ură de sine masivă, dar ascunsă, din cauza unor sentimente de rușine și culpabilitate aprige și extinse, atunci el dă curs tendinței sale de autopedepsire prin condiția lui de „vierme, ultimul om, un nimic"; el trebuie deci să se cramponeze de atitudinea sa autodestructivă.
- În cele din urmă, este natural să întrebăm dacă pacientul trage foloase din slăbiciunea și precaritatea sa demnă de milă și dacă nu cumva el capătă recompense sociale (atenție, compasiune, susținere și protecție). În acest caz terapia este îngreunată.

Ce se întâmplă deci cu un pacient prejudiciat narcisic de-a lungul unei analize de mai lungă durată, atunci când el — îm-

preună cu terapeutul său — a perceput realitatea factuală a tulburării sale, a retrăit istoria originii ei, a înțeles manifestările consecutive secundare ale traumei sale bazale și a văzut efectele bolii sale psihice asupra vieții sale de acum? S-a schimbat ceva din structura sa emoțională? Cred că da!

S-a schimbat culoarea de fond, aura emoțională în care este învăluită trăirea inferiorității sale. Ea nu mai are acest accent de rușine și critică devalorizantă, de dispreț sau de lașitate tremurătoare. Enumerarea slăbiciunilor sale nu mai sfârșește ca o citare a registrului de pedepse sau mustrarea adresată unui netrebnic. Pacientul nu mai are fantasma că se află undeva în noroi sau gunoi; nu mai apar expresii ca: „Sunt ultimul jeg, locul meu e la gunoi, degeaba s-a irosit pe mine mâncarea". În loc de aceasta, pacientul devine trist atunci când vorbește despre punctele sale slabe. El simte milă pentru copilul ce fusese odinioară. El nu se mai învinovățește pe sine pentru neajunsurile sale, ci regretă destinul care i-a sustras niște impulsuri de dezvoltare atât de importante.

El poate acum să își considere tulburările ca manifestări de boală și să ia distanță față de evaluările negative. Momentul dramatic a trecut. Acum domină mai degrabă doliul și o lipsită de pretenții, exclamație: „Păcat"!

A fost făcut primul pas spre schimbare.

1.2.2 Demontarea tulburărilor

La începutul acestui capitol (Terapia sentimentului deficitar al valorii proprii) a fost vorba despre așa-zisul „proces trifazic" al unei psihoterapii eficiente. După ce au fost puse în evidență tulburările, adică stabilirea faptelor (primul pas), ajungem la descrierea demontării tulburărilor (al doilea pas). Aceasta deoarece în cazul structurilor deficitare ale Sinelui pentru a vindeca prejudiciul nu este suficientă analiza trăirii actuale și a inconștientului. Dacă vrea să scape de tulburarea sa, pacientul trebuie să demonteze, adică să se dezvețe activ de conceptul său negativ despre sine, de sentimentele sale de inferioritate, de ura sa de sine, de Idealul Eului supradimensionat, de Supraeul său rigid, prea aspru, de percepția sa de-

formată și de gândirea sa negativă în relație cu propria persoană. Și aici putem ajuta noi.

Eficiența empatiei

Abordând empatic materialul comunicat de pacient și acceptând nelimitat toate manifestările vitale ale acestuia îl facem pe pacient să se perceapă pe sine ca fiind important, să se simtă luat în serios și parțial să se împace cu concepția actuală despre sine. Nu este recomandabilă încercarea de a îmblânzi sentimentele de inferioritate exprimate de pacient, oferindu-i o verificare a realității, după cum acestea nu trebuie nici relativizate, printr-o contrareprezentare consolatoare. Pacientul trebuie să resimtă de la început întreaga asprime a devalorizărilor la care se supune pe sine însuși.

Demontarea Idealului Eului supradimensionat

Înainte ca pacientul să se împace cu propria lui mediocritate și să poată renunța la pretențiile extrem de ridicate ale Idealui Eului său, el trebuie să fie admirat pentru eforturile sale nemăsurate și trebuie exprimată uimirea față de aceste eforturi.

Analistul exprimă o recunoaștere admirativă despre curajul pacientului de a cere de la sine o astfel de realizare supraomenească (de exemplu, „vreau să fiu mereu o mamă ideală pentru copilul meu"). Psihanalistul pune în evidență consecințele și cerințele comportamentale ale unui astfel de ideal, respectiv așteaptă să i se descrie idealuri pe care respectiva pacientă le leagă de acest precept. Astfel el explică cât de dificilă i se pare lui însuși îndeplinirea performanțelor legate de aceasta, la câte comodități ar trebui el să renunțe dacă și-ar propune o asemenea cerință. Și din nou se miră și strigă: „Cum Dumnezeu faceți asta?!"

Analistul se interesează de istoria apariției acestui ideal și îi arată pacientului cu claritate cât de importantă este ideeea de măreție, legată de acest ideal, pentru echilibrarea precarei balanțe narcisice, și poate și cât de necesar este să opună sentimentului său de inferioritate o astfel de măreață idee (reco-

mandare după Kohut). El o consolează pe pacientă și îi spune, rezonabil: „Într-o zi nu va mai trebui să faceți toate acestea, veți putea respira liniștită. Totuși, ne vom gândi chiar de astăzi în ce privințe v-ați putea relaxa chiar de acum."

Crearea distoniei în raport cu Eul

Un pas absolut decisiv și eficient terapeutic în procesul de demontare de judecăților negative despre sine mi se pare a fi crearea distoniei acestor judecăți în raport cu Eul. Pacientul se identifică cu „slăbiciunea" și „nimicnicia" lui. Trebuie să îl facem să recepteze aceste sentimente degradante ca nefiind proprii lui, ci mai degrabă provocate din exterior. Nu putem ataca direct un sentiment deficitar al valori proprii, dar putem ataca o serie de cogniții legate de el. M-am obișnuit să colecționez tot ceea ce spune negativ despre sine un pacient și să alcătuiesc un soi de listă. O astfel de listă — care conține și formulele interne care țin de aceasta — ar putea suna astfel:

Tot ce încep iese prost!

Cred că m-am născut ca să pierd!

Nici nu-mi pot imagina că cineva poate iubi un om ca mine!

Am știut dintotdeauna că nu fac doi bani!

La mine nimic nu merge!

Sunt prost!

Trebuie să îmi cer scuze pentru că exist!

Ca femeie sunt un zero absolut!

Sunt urâtă: fund gras și nas borcănat!

Cu un prilej adecvat, îi cer pacientului (care stă într-un fotoliu) să lucreze cu această listă de autodemontare. Am o păpușă mobilă de lemn, din cele pe care le folosesc pictorii pentru studiul mișcărilor corpului. Îl rog pe pacient să-i adreseze acestei păpuși, pe un ton răstit, invectivele pe care el le aruncă asupra sie însuși. El trebuie să repete această procedură și din când în când trebuie să ridice și să acutizeze tonul.

Legat de acest exercițiu am observat trei reacții diferite:

a) Pacientul devine din ce în ce mai mânios și uneori pregetă chiar să continue cu invectivele. El ține partea păpușii și i se pare o nerușinare să îi spui așa ceva unei ființe omenești. El devine conștient de enormitatea acestor reproșuri și de forța lor nimicitoare.
b) Pacientul izbucnește în lacrimi sau se întristează. Are loc o inversare afectivă. Autocondamnarea sa morală se transformă în compasiune față de sine. Pacientul pricepe dintr-o dată cât de grea și de dureroasă este povara pe care a trebuit să o poarte până acum.
c) Pacientul nu se identifică cu păpușa de lemn (care îl reprezintă), ci cu instanța din afara persoanei sale. El preia rolul agresorului, își pierde lașitatea arătată până acum și vituperează cu voce clară și puternică împotriva ființei inferioare din fața lui. În apres coup, el recunoaște adesea că a preluat rolul unui părinte sau unei alte persoane cu autoritate și a devenit purtător de cuvânt al devalorizărilor enunțate de aceștia.

În toate cele trei cazuri se ajunge la o confruntare între pacient și o structură parțială a personalității sale. El obține puțină distanță față de ea, începe să pună sub semnul întrebării această parte a Sinelui și să o privească cu un ochi critic. Nu mai este slab, el are o slăbiciune. A fi se transformă în a avea.

Un alt artificiu terapeutic constă în a-l lăsa pe pacient să inventeze un personaj de desen animat, menit să reprezinte instanța devalorizantă din propriul său interior: „Imaginați-vă, vă rog, că trebuie să vă exprimați sentimentele și problemele într-un film de animație, un fel de comedie, prin animale, oameni sau alte ființe. Ce chip ați da acelei instanțe care vă potopește mereu cu judecăți atât de negative?"

Este foarte concludentă imaginea la care recurge fiecare individ pentru a reprezenta acea parte a Sinelui, structura psihică ce îl condamnă, de exemplu: vrăjitoare, Omul Negru, pitic rău, con de oțel neted ca oglinda, om urât și slăbănog etc. De îndată ce autocondamnările sale destructive au căpătat un chip, pacientul poate lua distanță față de acesta, poate intra cu el în dialog, în confruntare, poate să îl ocărască la rândul său sau poate pur și simplu să îl ignore.

În consecință: atribuirile sale negative devin treptat ego-distone. Elaborarea și punerile în scenă repetate ale acestei tematici conduc adesea — totuși nu întotdeauna — la originea întregii nenorociri, anume la persoanele primare de relație. În spatele lui Omului Negru care răspândește teamă și întuneric (acest Kohlenklau era un personaj din propaganda celui de-al treilea Reich pentru economia de energie) apare dintr-o dată propriul tată, în spatele conului de oțel o mamă lipsită de afecțiune, aspră și inaccesibil de plată, de care se spărgeau toate strigătele mute de ajutor ale copilului. Pacientul realizează că persoanele și situațiile din copilăria sa au provocat sentimentul deficitar al valorii proprii. El poate să își preschimbe autoacuzațiile în acuzații și să recunoască faptul că autocondamnările sale nu sunt altceva decât acuze aduse altora, care s-au transformat în autoînvinuiri. Autoagresiunea poate deveni acum agresiune care îl despovărează pe pacient, îi suspendă pasivitatea și îi ridică nivelul energetic general.

Corectarea percepției și gândirii printr-un nou punct de vedere

Așa cum am relatat deja în altă parte, noua interpretare a unei situații poate lumina întunecimea unei experiențe, poate transforma vina în destin și nevrednicia în valoare. Toate acestea după motto-ul: nu ne marchează lucrurile ca atare, ci felul în care le vedem. Trebuie să ne servim cu parcimonie, dar trebuie să ne servim totuși de această metodă terapeutică propagată în mare stil de Watzlawick, dacă există motive bune și plauzibile de a considera o stare de lucruri dintr-un unghi de vedere cu totul nou, productiv și degrevant pentru pacient.

Distanțarea de autoevaluările negative

Un om cu un simț tulburat al propriei valori nu poate decât rareori să ridice de la ochi ochelarii prăfuiți prin care se uită la sine însuși. Sentimentul de nevrednicie a propriei persoane îl învăluie ca un zgomot de fond mereu prezent. Autodemontarea sa zilnică, devenită deja obișnuință, se manifestă prin monoloage descurajante și reproșuri interne devalorizante la adresa Eului său — din această cauză multe evnimente minore sunt interpretate ca și cum ar confirma încă o dată nevolnicia propriei persoane. De regulă însă, persoana respectivă nu mai este deloc conștientă de ceea ce face cu sine. De aceea trebuie să îi atragem atenția asupra acestui comportament și să îi prescriem câteva zile de autoobservație („Fiți atent când, cu ce ocazie, unde și cât de des vă dați note proaste!").

În plus îi punem în evidență cât de paralizant trebuie să acționeze asupra stării sale de spirit acest curent de durată de autoevaluări negative.

Aici pledez pentru măsuri tipice terapiei comportamentale. Pacientului trebuie să i se dea o temă și să învețe — cel puțin în afara analizei — să-și oprească monoloagele interioare negative. Acestea nu au nici un efect catharctic, ci împing și mai departe sentimentul său de inferioritate.

1.2.3 Construirea structurilor narcisice

Analistul ca „mamă mai bună"

Kohut a prezentat într-un mod foarte impresionant cât de important este pentru un Sine deficitar, nereflectat, ca el să fie reflectat și perceput în transferul analitic. Analistul ca mamă mai bună furnizează aici ceva care trebuie să-i fi lipsit cu stringență copilului în zorii vieții sale: perceperea propriei persoane și ecoul empatic a ceea ce el spune, face și desface, sub privirile atente ale altuia.

Analistul caută să îl înțeleagă pe pacient și să îi comunice înțelegerea sa. El nu interpretează ceea ce aude, ci privește aceste lucruri din toate părțile și îi spune pacientului ceea ce a „văzut". El reacționează cu acceptare voioasă la (aproape) toate manifestările vitale ale pacientului, nu îl critică, nu îl corectează, salută zgomotos cele mai mici progrese, noile gânduri, fantasme și planuri și prezintă acea „strălucire din ochii mamei" (Kohut) care îi anunță pacientului că este binevenit și este OK.

Analistul descoperă ceea ce este demn de iubit la pacient și subliniază aceste lucruri. El încearcă să facă să se vadă ta-

lentele pacientului care până atunci rămăseseră latente și îl încurajează să le valorifice. El îl ajută pe pacient să găsească valori proprii, să elaboreze scopuri de viață și să dea curs unor porniri esențiale. El susține o continuă disponibilitate pentru dialog, știind foarte bine că pacientul ar putea să-i interpreteze tăcerea ca pe o respingere (Kohut). Și el îndeplinește o dorință exprimată adesea de pacient, anume de a-i spune „cine sunt eu cu adevărat!" Consider că este legitim și corect să îi oferim pacientului definiții ale persoanei sale, nu judecăți globale, ci exprimări decise asupra calităților sale, a căror existență trebuie să fie acum recunoscută fără umbră de îndoială. Încă și mai de ajutor mi se pare atunci când terapeutul îi arată pacientului care sunt posibilitățile sale de dezvoltare sau când schițează o imagine a modului cum pacientul ar putea fi într-o zi exact așa cum îl vede el, dincolo de toate neajunsurile nevrozei sale, ca un om sănătos.

El ar putea, de exemplu, să spună: „Sunt sigur că dispuneți de o paletă foarte bogată de sentimente puternice. Sunteți foarte receptiv din punct de vedere emoțional și emanați în jur o căldură plăcută. În ciuda numeroaselor dificultăți relaționale și eșecuri de care v-ați lovit până acum, sunteți în adâncul inimii dvs. o persoană drăguță cu oamenii."

Analistul în calitate de persoană care a primit un dar

Noi, analiștii, ar trebui să le fim recunoscători pacienților noștri mai mult decât până acum. Să le mulțumim pentru darurile pe care ni le fac în treacăt, fără să le percepem întotdeauna prea clar. Pacienții ne lasă uneori să privim în orizontul unei profesii necunoscute (de exemplu, o botanistă mi-a povestit despre pasiunea ei pentru ferigi și m-a introdus în misterele acestei specii de plante); alți pacienți îmi fac cunoștință cu grupuri de oameni (de exemplu, cu bârfa unui orășel, cu mediul chefliu al unei familii de condiție joasă, cu membrii unei secte); pacienții etalează în fața noastră o epocă istorică, ne dau, fără intenție, sugestii interesante și informații despre filme, piese de teatru, expoziții, călătorii și cărți. Ne acordă încrederea lor, uneori recunoștința și iubirea lor și ne investesc

cu o importanță (trecătoare) care ne ridică mult deasupra tuturor celorlalte persoane din cercul cunoștințelor lor. Ei își desfășoară în fața noastră modul lor de a fi și structura, și noi putem învăța ceva important despre „stofa din care sunt făcuți oamenii". Ei trăiesc aspecte pe care noi nu le putem trăi, din cauza limitării noastre personale, din lipsă de talent sau de curaj civil. Participăm la această aventură a lor fără să ne punem pe noi înșine în pericol și fără ne facem vinovați. Unde am găsi altminteri o deschidere atât de mare, unde se mai pot vedea atât de multe sentimente profunde, semnificative existențial decât în intimitatea tăcută a spațiului analitic?

Avem privilegiul de a trăi nefalsificat, la prima mână, diferite drame umane și de a ne lăsa impresionați de un prim zâmbet, aproape rușinat, după un șuvoi de lacrimi de disperare. Uneori ne irită un gest, o expresie mimică, un episod din viața lor pe care îl relatează palpitant. Și uneori ne fac să zâmbim și ne amuzăm copios. Sunt de părere că tocmai în astfel de momente trebuie să îi dăm pacientului un feedback și să îi comunicăm bucuria și emoția, participarea plină de interes pe care ne-o declanșează, să îi spunem ce bomboană am primit chiar acum drept răsplată pentru curiozitatea noastră științifică.

Persoanele în cauză sunt atunci în cele mai multe cazuri absolut surprinse și uimite de faptul că aduc în lume ceva mișcător și interesant și, prin felul lor de a fi, aduc bucurie, uimite de faptul că pot dărui ceva unui alt om. Această experiență sporește automat importanța persoanei lor — care deja este de mult acolo, dar de care nu știau nimic.

Divanul ca loc de joacă

Încurajăm pacientul să învingă angoasele în momentul de aici și acum al analizei și să vorbească despre lucruri pe care până acum nu avea încredere să le spună. El este îndemnat să se arate așa cum este, să-și susțină propriile sentimente și adevărul lor, să-și exprime o opinie proprie, să îl contrazică pe analist, respectiv să-și verifice critic cele spuse. Aici pacientul are voie să fantasmeze și să nutrească planuri, să facă asocia-

ții trăznite, să trăiască noi impulsuri și să joace în mintea lui situații în care ar dori să se afle sau trebuie să se afle în curând. Terapeutul îl invită pe pacient să admită și să încerce ceea ce nu mai exersase până acum. Și totul sub deviza: „Acesta ești tu! Și fiecare pas mic sau neîndemânatic în procesul tău de desfășurare este ok din principiu.."

Încurajarea relațiilor parteneriale

Nimic nu întărește sentimentul valorii proprii unui om mai mult decât o declarație de dragoste venită de pe buzele alesului/alesei. Deși nu sunt în favoarea ambițiilor terapeutice, cred că în cazul unui om care are de luptat cu sentimente de insuficiență sau care nu a fost niciodată îndrăgostit cu adevărat sau care nu a avut o relație fericită — fie și pentru scurt timp — ambiția noastră deosebită ar trebui să fie aceea de a-i dezvolta capacitatea de a avea o relație atât de mult încât el să îndrăznească să se aventureze într-un parteneriat. Iubirea poate duce la un mare salt narcisic și ea poate spăla, pentru prima dată în viață, petele inferiorității. (Se înțelege însă de la sine că o încurajăm pe o pacientă să accepte o relație numai atunci când o considerăm capabilă și matură pentru acest pas.)

2. Identitatea zdruncinată

O zdrucinare durabilă a identității unui om poate duce la o îmbolnăvire depresivă. Cel care se pune pe sine la îndoială în cel mai intim nucleu al ființei sale sau cel care este pus sub semnul întrebării din cauza unor evenimente externe își pierd pământul de sub picioare, orientarea în lume și sensul vieții.

„Identitatea" poate fi descrisă ca o cunoaștere afectivă, ferm ancorată, despre cine suntem și ce vrem; ca o autodefiniție care rămâne constantă în linii mari; ca un sentiment despre particularitatea proprie care rămâne aceeași în spațiu și timp și despre un nucleu al Eului care nu se schimbă, care rămâne identic cu sine, dincolo de toate schimbările din istoria de viață.

De identitatea unui om ține și conceptul de sine în relație cu profesia, precum și ideea asupra lumii, tendințele sale nucleare; planul lui de viață; valorile sale centrale, cărora le este dedicat și identitatea sa de rol sexual, deci conștința sigură de a fi un bărbat sau o femeie (conceptul de sine).

Întotdeauna când un pilon important de susținere al acestui edificiu se dărâmă din cauza unor crize interne sau a unor circumstanțe de viață externe și persoana respectivă pierde astfel un punct fix, care îi dădea sens, se poate ajunge la depresie.

Identitatea unei persoane este desigur cu atât mai periclitată, adică expusă unor zdruncinări, cu cât imaginea pe care o are despre sine este mai nesigură, cu cât este mai labilă direcția spre care tind eforturile sale, cu cât valorile sale centrale sunt mai oscilante, cu cât orientarea sa în lume este mai ștearsă și cu cât este mai slabă identitatea sa de rol sexual.

Trei exemple:

Un student la teologie este înrolat în armată. Grozăviile războiului prin care trece îi trezesc și îi alimentează îndoiala referitoare la existența lui Dumnezeu. El cade într-o criză. Ulterior se descoperă în analiză că el se afla în căutarea tatălui său (a crescut fără tată) și că se ruga unui Super-tată, idealizat în persoana lui Dumnezeu, la care căuta protecție și sprijin.

Un tânăr este martor în metrou la următoarea scenă: un copil o întreabă pe mama lui, arătând spre un om cu părul lung: „Mami, este bărbat sau femeie?". Tânărul, care fusese mereu nesigur, în forul său cel mai intim, de identitatea sa de rol sexual, devine total confuz și devine angoasat, apoi capătă stări de depersonalizare și devine în cele din urmă depresiv.

După căderea comunismului în Republica Democrată Germană, o profesoară foarte angajată profesional și politic, membră de partid, posesoare a unei credințe ferme în victoria socialismului, intră într-o profundă criză de identitate, cu zdrucinarea sentimentului valorii personale, dat fiind că toate lucrurile penru care luptase și muncise treceau acum, dintr-o dată, drept false și fără valoare.

În calitate de analiști, pe noi ne interesează desigur deosebit de mult acele persoane (cazurile I și II) care vin la noi, ca pacienți, din cauza unei identități încă nesigure. Acele lovituri

ale destinului care vin din exterior și se îndreaptă asupra pilonilor de susținere, asupra nucleului Eului unui om sănătos (cazul III) nu putem nici să le împiedicăm și nici să le anulăm. Ceea ce putem face este să fixăm o identitate labilă atât de mult încât ea să facă față mai bine vicisitudinilor care ar putea apărea în viitor în viață (astfel se diminuează și probabilitatea de apariție a unor depresii viitoare).

2.1 Identitatea zdruncinată și terapia ei

2.1.1. Cuvânt de ordine: istoria de viață

Elaborarea în analiză și acceptarea plină de înțelegere a propriei biografii, chiar dacă persoana respectivă este tristă și de fapt tocmai pentru că este tristă, o pune pe aceasta în contact cu originile sale și o ajută să se accepte pe sine și să considere că individualitatea ei este ceva acceptabil. Punerea pe tapet și redescoperirea trecutului oferă contrast și culoare imaginii propriei persoane. Pacientul descoperă cu o anumită uimire că istoria suferinței sale nu este numai un motiv de tristețe, ci ilustrează și devenirea sa.

Dintr-o dată, din ceața anilor trăiți până atunci se desprinde un om absolut concret, ale cărui suferințe creează posibilitatea unei noi identități care trebuie fundamentată. „Sunt omul care a suferit și a sperat, care a fost lăsat singur, care a fost lovit și care nu a fost înțeles, care a trecut prin lipsuri și nedreptăți, care s-a apărat și care a luat măsuri de protecție pentru a putea exista mai departe."

Astfel pacientul poate dezvolta chiar sentimente de mândrie legate de capacitățile sale de supraviețuire. El dobândește identitatea unui artist al supraviețuirii. El se poate identifica cu acel copil ne-iubit și neînțeles de odinioară, poate resimți milă, și poate și iubire.

2.1.1 Cuvânt de ordine: vis

Din elaborarea viselor, adică din găsirea acelor părți ale Sinelui care sunt încifrate simbolic sau care apar deschis la lumina zilei, rezultă componentele Sinelui până atunci nefixat.

Am descris această posibilitate terapeutică în capitolul despre Sinele fals și îl îndrum pe cititor spre locul respectiv.

2.1.3 Cuvânt de ordine: travaliu de integrare

Orice psihanaliză reușită este în mod automat o contribuție la integrarea unui Sine până atunci insuficient consolidat. Dacă, de exemplu, este descoperit un potențial arhaic și clivat, dacă este redus și supus forței conducătoare a Eului, dacă angoasa este demontată, dacă sunt înlăturate tendințele nevrotice (trebuințe inautentice și satisfacții substitutive), dacă este îmblânzit un Supraeu prea strict, dacă sunt conștientizate mecanismele de apărare patogene și prin aceasta sunt demontate, atunci toți acești pași spre vindecare conduc și la o întărire a Eului și la o stabilizare a Sinelui și propriei identități.

2.1.4 Cuvânt de ordine: arbore genealogic

În afară de biografia absolut personală, individuală, fiecare om este prins într-o istorie familială, într-o patrie și un popor, într-o anumită situație istorică și culturală.

Atunci când vorbim cu pacientul despre tată și mamă, despre bunici, unchi și mătuși, veri și verișoare, despre prietenii și cunoscuții familiei și despre oamenii din vecinătate, el este cuprins într-o rețea de relații și într-o multitudine de destine care i-au influențat mai mult sau mai puțin devenirea. El se simte ca un membru într-un lanț generațional. Poate fi foarte fertil să îl facem pe pacient să se intereseze de arborele său genealogic și să îl trimitem în căutarea propriilor rădăcini. Atunci el este pus în fața necesității de a lua contact cu rudele care mai trăiesc — mai ales cu cele mai în vârstă dintre ele, de a discuta cu acestea și de a asculta miturile familiale, datele pline de strălucire și pe cele mai lipsite de glorie din viața unor membri ai clanului. Adesea, cu această ocazie el află și amănunte interesante din istoria vieții părinților săi. Și dacă are noroc, el dă peste noutăți surprinzătoare și pozitive, care îi creează posibiltitea de a se identifica cu părintele respectiv (O mătușă: „Înainte de a se căsători, tatăl tău a fost un jucător de tenis bun și căutat!")

Uneori pacientul își amintește și de un om din cercul îndepărtat de persoane din copilăria sa, care a însemnat mult pentru el o scurtă perioadă, pe care l-a respectat și pe care s-a străduit să îl emuleze. Aici se construiesc valorile sau țelurile zdruncinate și ele sunt folosite pentru construirea propriei substanțe.

2.1.5 Cuvânt de ordine: analistul ca imagine conducătoare

Este foarte la îndemână ca un pacient nesigur în ceea ce privește identitatea sa să ia drept model pe analistul său, atunci când poate ghici presupuse asemănări de gândire, simțire și înclinații sau atunci când pacientul se molipsește de anumite obiceiuri de viață observabile ale terapeutului: stilul de amenajare a cabinetului, judecățile de evaluare asupra cotidianului, felul de a se îmbrăca, un hobby manifestat vizibil, o direcție de gust sau un interes special pentru muzică, pictură, sport, grădinărit sau altele ca acestea. Nu cred că la acești pacienți acesta este un efect perturbator pentru terapie, nu este ceva care de fapt nu ar trebui să se întâmple, ci este, dimpotrivă, un caz fericit care trebuie folosit și aprofundat. În acest caz analistul ar trebui să folosească impresia pe care o lasă asupra pacientului — acesta se află încă o dată într-o fază de impregnare sensibilă — și ar trebui să relateze din propria sa viață episoade, conflicte, căi de rezolvare și întorsături fericite ale soartei, care au legătură cu problemele actuale ale pacientului. Aici pledez pentru o suspendare parțială a abstinenței. Aici învățarea după model, adesea supralicitată și suprauzată de terapia comportamentală, își are justificarea sa.

2.1.6 Descoperire, definire, delimitare, informare

Terapeutul și pacientul fac eforturi pentru a descoperi talente ale pacientului care până atunci fuseseră lăsate baltă, dorințe neluate în seamă, disprețuite, sau trăsături de caracter considerate neînsemnate și apoi pentru a le aduce în centrul atenției — cum făceau căutătorii de aur, care salutau plin de bucurie și cel mai mic grăunte din metalul prețios.

Astfel, de exemplu, terapeutul poate percepe unele farmece fizice deosebite ale pacientului său (mâini deosebit de frumoase, un mers plin de farmec, un râs plin de viață, o voce sonoră, păr mătăsos, strălucitor și bogat, în ciuda îmbătrânirii premature) și le poate aduce mereu în fața ochilor pacientului, în calitate de repere ale persoanei sale.

El poate recepta trăsături psihologice ale pacientului care nu merită să fie trecute cu vederea ca fiind ceva de la sine înțeles. Terapeutul admiră, de exemplu, integritatea unui pacient, persistența combativă cu care se opune vicisitudinilor istoriei sale de viață, care îl face să nu renunțe la încercarea de a se face sănătos. El poate să descopere umorul fin al pacientului, caracterul lui autentic prietenos în relația cu ceilalți, felul său de a fi amabil și empatic, calitățile sale de tată/mamă, partea sa feminină, care îl face capabil de maternaj.

Unele dintre particularitățile comportamentale și dintre trăsăturile de personalitate disprețuite de pacient, pe care acesta ar dori să le delimiteze de imaginea sa de sine, în calitate de elemente negative, capătă dintr-o dată calități pozitive, dintr-un nou punct de vedere, și pot fi folosite în calitate de componente ale nucleului Sinelui său.

Astfel, în spatele unei precarități emoționale acuzate de pacient se poate ascunde un simț deosebit de pronunțat pentru nuanțele emoționale subtile ale felului de a se exprima al semenilor și o sensibilitate fină pentru conținutul de semnificații dureroase și pentru profunzimile vieții umane. În spatele tendinței de a se dezarma rapid și de a abandona lupta putem găsi eventual un simț deosebit de pronunțat al dreptății. Deficiențe ale capacității de adaptare și lipsa chefului de schimbare țin uneori de o mare profunzime a legăturilor și dependențelor, care mențin persoana respectivă într-o fidelitate ca un jurământ nibelungic pentru o alegere făcută odinioară (partener, loc de muncă, domiciliu). Oamenii care nu sunt siguri de identitatea lor și nu rareori pun cunoscuta întrebare: „Cine sunt eu de fapt?" dispun uneori de capacități afective și domenii ale trăirii care se află încă în pragul autopercepției. Ei nu pot numi anumite configurații emoționale difuze sau le

dau un nume fals. Unele părţi ale vieţii lor psihice sunt neclare — ca şi imaginea încă ştearsă a unui diaproiector care trebuie să mai fie instalat. Atunci când terapia reuşeşte să pună în vedere cu claritate „obiectul proiectorului", făcând perceptibile munţii şi văile peisajului psihic şi dându-le nume corecte, atunci pacientul experimentează o mare bogăţie a imaginii Sinelui său, o creştere a cunoaşterii de sine şi astfel noi piloni de susţinere pentru identitatea sa.

Un pacient nesigur de identitatea sa trebuie să înveţe să se delimiteze de semenii săi şi de lumea valorilor acestora. Stabilirea identităţii înseamnă printre altele şi realizarea în terapie a unui travaliu de delimitare.

Unii pacienţi se cramponează de „se": „Asta se simte aşa; se face aşa şi aşa!" Ei se lasă îngrădiţi de o pseudocunoaştere încăpăţânată, care le-a fost transferată dinafară. Preluarea necritică a unor păreri şi corul anumitor maxime şi reguli de viaţă dubioase subliniază vocea slabă, interioară a propriilor lor sentimente şi dorinţe autentice. Ei sunt livraţi forţei sugestive a acestor atribuiri şi definiţii străine, cum sunt cele emise de horoscop, de articole din reviste, de spoturile de televiziune şi de aşa-zişii psihologi profani. Întotdeauna când ei se simt nesiguri sau încurcaţi pentru că persoana lor nu îndeplineşte valorile imperative hărăzite de semenii lor („Trebuie să fii aşa şi aşa!"), analistul trebuie să intervină şi să le dea curaj pentru a arunca peste bord aceste pretenţii şi a pleca urechea la ceea ce ei doresc cu adevărat, la felul în care simt şi ceea ce este plăcut pentru ei din punct de vedere emoţional. Aici este pe deplin valabilă străvechea deviză: „Fii tu însuţi!". Pentru a le facilita pacienţilor opţiunea pentru propria lor fiinţă sunt necesare uneori şi informaţii despre „natura omului" (desigur că sunt conştient de gradul înalt în care depind afirmaţiile despre oameni de timpul şi cultura în care apar şi de cât de mult depind ele şi de sistemul de valori al analistului). De exemplu: „Nu există sexualitate normală, adică o frecvenţă normală pentru a avea chef de sex. Dacă vreţi contact sexual de 2-3 ori pe săptămână, este la fel de normal ca şi a avea chef de sex zilnic, dacă

şi partenerul crede că este ok. Dvs. puteţi decide cât de des se întâmplă ceva."

3. Situaţia de părăsire internă

Printre numeroasele lor amintiri, cei mai mulţi indivizi posedă una deosebit de valoroasă, deoarece este un tezaur al istoriei lor de viaţă. Este vorba despre ansamblul interiorizat al persoanelor de relaţie primară, întrucâtva „grădina zoologică interioară umană" alcătuită din imaginile mamei şi tatălui, unchilor şi mătuşilor, fraţilor, surorilor şi altor fiinţe prietenoase, care se aflau în jurul leagănului sau care le-au acompaniat traseul de viaţă în primii 3-4 ani. Aceste engrame, aceste informaţii speciale înmagazinate în creierul omenesc, se numesc în limbajul de specialitate al psihanalizei „obiecte interne" sau „reprezentanţe de obiect".

„O astfel de lume de reprezentanţe integrată (ansablul persoanelor de relaţie interiorizate — autorul) formează baza sentimentului de a fi legat în reţeaua cuprinzătoare a relaţiilor umane, care dau vieţii un sens..." (Kernberg, 1975)

Imaginile persoanelor de relaţie timpurii sunt legate de factori afectivi puternici şi îl însoţesc pe respectivul toată viaţa. El nu este niciodată singur, însoţitorii sunt mereu cu el şi îi dau conştiinţa de a fi parte a unui întreg cuprinzător. Acest lucru creează un sentiment de protecţie şi umple cu semnificaţie persoana proprie. Dar se poate întâmpla ca persoanele de relaţie interiorizate ale unui om între timp devenit adult să fie insuficient ancorate în matricea memoriei sale şi să se estompeze cu timpul. Ia naştere o situaţie de părăsire interioară. „în care Sinele şi-a pierdut obiectele interioare, respectiv a fost părăsit de ele" (Kernberg, 1975).

Pierderea acestei protecţii primare fundamentate în copilărie este însoţită de trăiri foarte chinuitoare, de sentimente de gol, nimicnicie şi lipsă de sens a existenţei.

Cel în cauză pierde atunci adesea interesul faţă de tot ceea ce îl înconjoară. Lumea din jur îşi pierde culorile. „Nu mai există nimic, ce am mai putea căuta, ce am mai putea dori, după ce am mai putea tânji?" (Kernberg, 1975). Omul nostru

privește nimicul în ochi și iese din toate legăturile care dau sens: groază fără de sunete, sentimente apocaliptice, care nu sunt dramatice și zgomotoase, ci au un caracter imperativ-invaziv fără cuvinte.

Dar și în perioadele sănătoase, asimptomatice, se păstrează cunoașterea acestei stări de pericol, ca un soi de fundal sonor surd, dar mereu la pândă. Există oameni a căror modalitate de trăire pe termen lung este chiar acest sentiment surd de gol, de care încearcă mereu să scape, precipitându-se în diferite activități sau angajându-se febril în contacte sociale, drogându-se, abuzând de alcool sau încercând sî evadeze prin căutatea permanentă a unor satisfacții pulsionale de natură sexuală, agresivă sau orală. Alții încearcă să se stabilizeze printr-o relație parterială. Aceștia sunt dedicați în mod special altor oameni. Dependenți de afecțiunea și iubirea acestora, ei se simt întrucâtva bine numai atâta timp cât sunt susținuți de căldura nutritivă a unui partener.

Dar întotdeauna când celălalt se îndepărtează, își limitează afecțiunea, este supărat, se retrage, atunci izbucnește din nou vechea „situație de părăsire interioară", acoperită cu mari eforturi, și, dacă nu i se furnizează curând ajutor, aceasta culminează într-o depresie.

În preistoria oamenilor care prezintă tulburarea descrisă găsim sau bănuim de regulă o dezamăgire foarte timpurie în ceea ce privește obiectul iubirii (mama) și ca urmare o retragere în propria interioritate. Copiii respectivi se ghemuiesc în lumea fanteziei lor, duc întrucâtva o viață dublă. În exterior ei sunt prezenți fizic, sunt ascultători din automatism, adaptați și au reacții adecvate, dar în realitate ei trăiesc în paradisul lor imaginar de idei și imagini, pe care și l-au creat singuri. Obiectele și persoanele din lumea care îi înconjoară cad undeva în spate, într-o depărtare palidă. Pe acestea ei le percep doar superficial sau chiar sub forma unor distrageri perturbatoare — de aceea nu vor lăsa în urma lor decât o amintire slabă. În aceste cazuri, persoanele de relație primare sunt insuficient ancorate ca engrame, le lipsește verosimilitatea și vivacitatea.

Pacienții de mai târziu se plâng adesea de faptul că aproape că nu mai au nici o amintire din copilărie. Lor li se pare că au trecut prin primii ani ai copilăriei ca printr-o ceață.

Dezamăgirile timpurii legate de obiectul iubirii apar în caz de: copleșire cu stimuli, traumatizare persistentă a copilului prin amenințare și retragerea satisfacției, abordare epuizantă din partea unei mame înfometate de afecțiune; oferte disproporționat de mari de afecțiune și încercarea de încorporare.

Kernberg (1975) este de părere că pacienții prezentați mai sus „suferă de sentimente de culpabilitate inconștiente și de golirea trăirii lor subiective, în calitate de manifestări ale unor atacuri constante din partea Supraeului asupra Sinelui. Pedeapsa interioară aspră pe care le-o impune Supraeul constă în învinuirea implicită că ei nici nu mai merită să fie iubiți și apreciați și de aceea sunt condamnați să rămână singuri!" (Kernberg, 1975).

3.1. Psihoterapia situațiilor de părăsire interioară

Să abordăm chiar varianta descrisă de Kernberg: în primul rând aici este vorba despre îmblânzirea Supraeului aspru și evitarea autocondamnării. Persoana respectivă trebuie să învețe să se resimtă pe sine mai puțin pasibilă de pedeapsă și să înceteze să se împovăreze pe sine cu vinovății și să se pedepsească.

Dat fiind că pacientul duce lipsă de obiecte interioare de încredere și bine ancorate, ajutorul nostru ar putea consta din stabilizarea vechilor persoane de relație, rămase palide, sau a persoanelor de relație găsite de curând.

De exemplu, este posibil să găsim o persoană din prima sau a doua copilărie care până acum a fost prea puțin luată în seamă, vag conturată, dar colorată afectiv pozitiv, pentru a afla cât se poate de multe informații despre ea. Pe de altă parte, pacientul își va reactiva trăirile legate de acest om, le va privi din toate punctele de vedere și le va aprofunda. Prin asociații libere și fantasme, pacientul și terapeurtul pot desăvârși imaginea respectivă, conferindu-I o anume plasticitate. Analistul subliniază marea valoare a anumitor secven-

țe interacționale care au avut loc în copilărie între pacient și această persoană și îi comunică pacientului uimit cât de mare a fost importanța pe care ele au avut-o, de fapt, pentru dezvoltarea și buna lui stare. Pe această cale se ridică din apele cristelniței o figură maternă sau paternă atrăgătoare, care poate deveni pentru totdeauna un însoțitor interior sigur al pacientului.

În locul unor oameni reali pot apărea vicariant și fantasme din cărțile de povești sau serialele de televiziune (Heidi, Lassie, Ernie, Michey Mouse, Superman), presupunând că pacientul a avut în copilărie o puternică relație afectivă cu acest personaj. De fiecare dată când amenință o situație interioară de părăsire, pacientul poate să își amintească de scumpii lui tovarăși din copilărie și să intre într-un dialog interior cu ei.

Materialul pentru obiectele interne mai poate fi creat și din vise, în măsura în care apar în ele figuri arhetipale. Pacientului i se pune atunci în evidență că el posedă rude nu numai ca urmare a descendenței sale dintr-o anumită pereche de părinți, ci că în jurul leagănului său a stat și o serie întreagă de strămoși, într-o anumită măsură întreaga umanitate — aceasta i-a lăsat o comoară prețioasă, în forma inconștientului colectiv, comoară pe care acum nu are decât să o ridice.

„Mama dvs. reală", spune analistul, „nu v-a iubit niciodată și de aceea v-a neglijat; dar mama pe care o cunoașteți din visele dvs. și care vorbește atât de des prietenos cu dvs. vă iubește. Considerați-o pe ea drept mama dvs. adevărată!"

O altă posibilitate de a proteja un om împotriva situației de părăsire interioară este reprezentată de trezirea sentimentelor sale religioase (presupunând că a avut vreodată astfel de sentimente). Nimic nu umple mai bine un suflet de om și nimic nu-l protejează mai bine împotriva groazei nimicului decât credința într-un Dumnezeu bun „care mă iubește și care este mereu alături de mine". „Bunul Dumnezeu ca obiect interior" este una dintre cele mai grandioase invenții ale speciei umane.

4. Sinele „gol" și afinitatea sa cu sentimentul depresiv de bază al vieții

Expresia „Sine gol" trebuie înțeleasă ca o metaforă și circumscrie fenomenul conform căruia substructurile Sinelui au o pregnanță redusă.

Știm astăzi că un deficit narcisic, adică o lipsă a sentimentului puterii și valorii proprii, de tendințe nucleare, de idealuri și reprezentanțe stabile ale obiectului poate provoca la purtătorul lui un sentiment de gol și o trăire invazivă a lipsei de sens a vieții.

Îndeosebi lipsa valorilor și deficitul de conștiință a existenței idealurilor fixatoare sunt cele care pot sustrage cursului unei existențe speranța într-o viață cu sens. Sinele deficitar (care nu este psihotic) este mereu amenințat de pericolul de a aluneca într-o depresie, dat fiind că, după părerea mea, omul cu tulburare narcisică are la bază un sentiment depresiv de fundal al vieții, dacă el nu astupă prin diferite măsuri de apărare și compensare „gaura" din structura Sinelui său. De aceea el construiește structuri defensive secundare a căror sarcină este de a acoperi defectul primar al Sinelui. Acest scop este realizat prin următoarele strategii de apărare:

Fantasme și sentimente delirante de grandoare, reverii diurne excesive, adicții și perversiuni de toate felurile, exaltări submaniace și hipervitalitate excitată, constelarea unor situații parteneriale și de viață dramatice și excitante, schimbări frecvente de partener și sexualizare, activitate febrilă, acțiuni criminale și multe altele. De îndată ce eficiența acestor manevre defensive scade din motive exterioare, sau ele nu pot fi practicate din lipsa unor prilejuri potrivite, sau respectivul este într-o pauză din cauza epuizării, atunci el este copleșit, ca de o febră latentă, de vechea groază neclară a unei vieți prăfuite și fără sens, care îl împinge să preia noi sarcini urgente și stresante, pentru a goni din conștiință acest sentiment de bază.

Kohut a arătat cum deficitul substanțial de impulsuri de importanță centrală poate duce la o „depresie goală", care funcționează fără sentimente de culpabilitate și autoagresiune. El descrie oameni în partea a doua a vârstei mijlocii „atunci

când curba vieții se apropie de mișcare descendentă definitivă" (Kohut, 1977), care nu erau în stare să construiască un concept propriu de viață sau să realizeze tendințe nucleare, existente în germene. La întrebarea îngrijorată „dacă au rămas fideli modelului lor de viață cel mai intim", ei trebuie din păcate să dea un răspuns negativ. Urmare sunt cele mai extreme stări de disperare și letargie.

Alături de structurile defensive, Kohut le cunoaște și pe cele compensatorii, care compensează un defect în loc să îl acopere. Structura compensatorie „străbate o dezvoltare proprie și duce la o reabilitare funcțională a Sinelui, echilibrând o slăbiciune la un pol al Sinelui cu întărirea celuilalt pol." (Kohut, 1977)

De regulă, persoana al cărui Sine este prejudiciat dezvoltă talente deosebite într-un domeniu, cu ajutorul cărora ea compensează alte lipsuri (jocul de șah, talentul sportiv, geniul oratoric, activități artistice etc.).

O vindecare a Sinelui în psihanaliză (cu ajutorul transferului în oglindă, al celui de tip alter-ego și/sau idealizant) cere îndeplinirea următoarelor condiții: completarea deficitului primar cu ajutorul interiorizării transformatoare sau aducerea în stare de funcționare validă a structurilor până atunci insuficiente și/sau indicarea talentelor deosebite ale pacientului, motivarea educării acestora și susținerea oferită pacientului pentru a învăța anumite lucruri.

Capitolul 9

Depresie și agresivitare inhibată

Unii sunt doborâți pentru că nu pot să îi doboare pe alții!

1. Scurtă trecere în revistă a ipotezei agresivitate-depresie

Aproape toți autorii de orientare psihanalitică atribuie un rol important agresivității în apariția dispoziției depresive și în izbucnirea bolii la vârsta adultă. Ea este o componentă importantă sau poate cea mai importantă dintre componentele unei rețele complicate de cauze și efecte, de diferite condiții și factori.

Această stare de fapt este ilustrată de următoarele citate:

Abraham, K. (1911/1916): Depresia provine din agresiunea refulată, așa cum angoasa rezultă din libidoul refulat.

Schulz-Hencke, H. (1940): „Impulsurile inhibate, agresive sunt nucleul depresiei."

Joffe, W. și Sandler, J. (1965): „Reacția depresivă pare a fi întotdeauna legată de o agresivitate nedescărcată."

Jakobson, E. (1971): „Împărtășesc părearea lui M. Maler că depresia este rezultatul unui conflict agresiv."

Și cercetătorii de orientare neanalitică (Salzmann, L. 1970, Izard, C. E., 1972, Becker, 1974, Miller, W. R. și Seligmann, 1975)

subliniază conținutul ridicat de ostilitate pe care îl poartă în ei depresivii.

Indiferent cât de important poate fi afectul agresiv în geneza și apoi în situația declanșatoare care face să izbucnească depresia, el nu este obligatoriu (acest lucru este dovedit, printre altele, și de faptul că în această carte sunt descrise în total 10 variante de depresie). Există forme de depresie în care conflictul agresiv nu joacă nici un rol sau are doar un rol marginal, așa cum arată printre alții Mandelson, M. 1974, Aretis și Bemporat, 1983.

Cititorul atent se va opri aici și-și va exprima mirarea legată de faptul că aici nu facem decât să explicăm pentru a doua oară o stare de lucruri care a fost luată în considerație atât de temeinic deja în capitolul al patrulea, anume, factorul agresiv și importanța lui în psihodinamica unei depresii nevrotice.

Când am vorbit depre depresia clasică și am enunțat definiția: „depresia este consecința unei conflict de agresivitate intrasistemic între o reprezentanță specială a Sinelui, Supraeul și restul Eului", am luat în considerare rolul afectului agresiv. De ce este necesară acum o nouă discuție despre această temă?

Cred că este necesară pentru că în cadrul conflictului agresiv există două forme diferite de depresie, care au fiecare altă geneză, altă formă de evoluție și altă psihodinamică. În cele ce urmează voi compara pe larg cele două forme de depresie care decurg din agresivitate și voi indica punctele în care ele se deosebesc:

- depresia nevrotică clasică (tip I) este determinată de un Supraeu punitiv, încărcat agresiv. În depresia de tip II Supraeul se comportă discret, nu are nici un rol în dinamica procesului patologic.
- La depresia de tip I este vorba despre un conflict agresiv intrasistemic, la tipul II este vorba despre unul intersistemic (adică dușmanul este și rămâne în afară!).
- La depresia clasică se ajunge la o „identificare narcisică" cu obiectul iubit-urât, dar lucrurile nu stau deloc așa la depresia de tip II. Aici nu are loc nici un proces de identificare. Elaborarea agresivității ne-trăite are loc în mod diferit. La tipul I mânia este orientată spre Supraeu, la tipul II ea duce la o devitalizare a persoanei: energia afectului agresiv se inversează, transformându-se într-o platitudine care nu face altceva decât să slăbească sistemul.
- Situațiile declanșatoare de deosebesc: depresia clasică este declanșată în majoritatea cazurilor de pierderea unui obiect; depresia de tip II este declanșată, dimpotrivă, de circumstanțe în care un om se simte provocat și ar fi trebuit să risposteze agresiv.
- Tabloul patologic al formei II de depresie decurge mai blând, nu are profunda intensitate, durata și pericolul existențial al melancoliei. O mare parte a așa-ziselor episoade depresive merg în contul depresiei de tip II.

Să repetăm încă o dată: în acest capitol este vorba despre agresivitatea inhibată și de consecințele pe care ea le are pentru purtătorul ei. Respectiva persoană este mânioasă împotriva unui obiect extern (de aceea vorbim despre un conflict intersistemic sau interpersonal), de regulă, împotriva unei persoane care a frustrat-o sau a provocat-o. Ea nu poate să exprime această mânie (uneori nici trăirea aceastei mânii nu îi este accesibilă), deoarece împotriva afectului agresiv se declanșează imediat un mecanism de inhibiție învățat. Respectiva persoană trebuie să stea pe loc, în sentimentele și impulsurile sale agresive — și astfel devine depresivă.

Să privim acum mai atent istoria personală a unei persoane care s-a îmbolnăvit din cauza unui conflict agresiv intersistemic, structura persoanalității sale în calitate de adult, situația sa specifică de încercare și eșec, destinul agresivității care nu poate fi trăită și, în cele din urmă, posibilitățile terapeutice în cazul acestei forme de nevroză.

2. Istorie personală: conflict agresiv și copilărie timpurie

Acum ne vom ocupa de întrebarea: cum s-a ajuns, în primii ani de viață ai copilului, la restricționarea posibilităților sale de exprimare a agresivității. Trebuie să ținem seama și de

faptul că procesul de creștere psihică a fiecărui copil este însoțit în mod neintenționat și inevitabil de o serie de frustrări de diferite naturi, la care el poate reacționa, via mecanisme instinctuale, cu un răspuns agresiv. Expresii de mânie, comportament sfidător, chiar acte agresive sub formă de lovituri adresate părinților sunt manifestări infantile naturale și intră în normalul dezvoltării.

Acum trebuie să ne punem întrebarea: de ce unele persoane de relație ale copilului restricționează atât de drastic această formă vitală a manifestărilor naturale ale fiului/fiicei, astfel încât ea dispare parțial sau total din repertoriul comportamental al copilului respectiv? Ce reacții emoționale declanșează la ei aceste comportamente agresive infantile?

Manifestările de mânie ale unui fiu/fiică:

- sunt o jignire narcisică față de persoana de relație primară, deoarece pun sub semnul întrebării Eul ei ideal: „Sunt o mamă perfectă!"; urmarea ar fi ca ea să se considere ratată la capitolul educația copilului;
- sunt o chemare la luptă pentru un tată nesigur de sine, care se prevalează forțat de autoritatea sa, care vede în rezistența agresivă a fiului său începutul unei lupte pentru putere — el trebuie să arate acum cine este stăpân în casă;
- tulbură dorințele de armonie și simbioză ale unei mame care ar dori să trăiască într-o totală dedicare și „iubire fericită" cu fiul ei;
- o angoasează sau o indignează pe mamă, ea însăși este inhibată sub raportul agresivității și o pun în pericolul de a i se trezi propria agresivitate latentă și de a izbucni atunci când copilul manifestă comportament agresiv;
- o întristează pe mamă pentru că ea consideră că numai un copil cuminte este demn de a fi iubit. În educație și în propria ei viață ea ține la idealul pacifist. Ea se teme că din copiii agresivi vor ieși adulți războinici;
- pun în pericol pacea aparentă care se menține artificial în familie, care ascunde o mare cantitate de ostilitate reprimată. Cuvintele rele și expresiile de mânie sunt totalmente tabu, pentru că pot declanșa o avalanșă de ură și pot face să se prăbușească întregul sistem familial;
- sunt trăite ca niște jigniri persoanale, adică devalorizări ale propriei persoane și pun sub semnul întrebării echilibrul narcisic al celui în cauză. Mama își recepteazä propriul copil ca pe o persoană de același rang, adică un fel de frate, și trebuie să intre cu el într-o luptă de autoafirmare;
- îi amintesc mamei de înspăimântătoarele conflicte din căsnicia părinților proprii și de caracterul distructiv al conflictelor de durată din familie. Ea dorește să evite orice repetare a acestei situații și nu recunoaște caracterul inofensiv al manifestărilor de mânie ale copilului ei;
- pun în pericol idealul de educație al unui tată care consideră că pretențiile de obediență absolută și înfrângerea voinței proprii a copilului sunt măsuri necesare în educația unui om de valoare;
- aduc atingere cerinței de recunoștință enunțate de o mamă care-și sacrifică tot timpul, care se neagă pe sine („Eu fac totul pentru tine și tu te porți atât de urât cu mine!");
- pun în pericol capacitatea de stăpânire de sine a unui părinte și evocă pericolul izbucnirii necontrolate a propriei sale mânii, de care cel în cauză se teme pe bună dreptate, dat fiind că tinde spre contrareacții nepotrivit de aprige și brutale.

Cu siguranță că la această listă se pot adăuga și alte motive care îi fac pe părinți să creadă că trebuie să îngrădească comportamentul agresiv, care parțial intră în normalitatea vârstei (să ne gândim numai la vârsta contrazicerii, cu importanta exersare a voinței proprii). Ei amenință cu retragerea iubirii sau chiar îi retrag copilului iubirea lor (se supără, nu mai vorbesc, îl ignoră pe copil, se poartă ca și cum nu ar fi acolo); ei își pedepsesc copilul cu dojeni, condamnări morale, descurajări („Unui copil care dă în mama lui o să îi iasă mâna afară din mormânt!"), cu pedepse corporale, arest la domiciliu sau retragerea diferitelor favoruri. Alții nu iau în serios manifestările de mânie ale fiului/fiicei, râd de ele. Mamele care nu sunt sigure

de sine sau care au o vitalitate slabă se întristează sau chiar încep să plângă („Nu aş fi crezut că eşti în stare de asta!")

Dar este suficient ca, în reacţie la agresiunea copilului, ei să semnaleze că au fost afectaţi, speriaţi, indignaţi şi angoasaţi, pentru pune în evidenţă autorului acestui comportament faptul că a greşit.

Adesea copilul face experienţa agresivităţii separat de părinţii săi, în cercul prietenilor sau la şcoală, pe stradă sau în lumea adulţilor. În joacă el îşi răneşte neintenţionat un frate sau o soră şi este pedepsit sever pentru aceasta; el împărtăşeşte experienţa de a fi lovit şi se simte zguduit existenţial. El este bătut jalnic şi forţa lui de rezistenţă este zdrobită. Există familii în care tematica uciderii colorează climatul casnic, unde sunt la ordinea zilei înjungherile ameninţătoare cu cuţitul sau acte de violenţă de cea mai brutală natură, sau tatăl împuşcă câinele fiului său pentru că este mânios pe acesta.

Toate aceste evenimente pot conduce la o demonizare a agresivităţii şi la izgonirea ei din trăirea proprie şi din repertoriul comportamental. Teama de consecinţele propriei agresivităţi manifesate (pierderea iubirii, pedeapsă, ruşine), teama de măsurile de răzbunare agresive şi sentimentele de ruşine şi culpabilitate („sunt un om rău") îl fac în cele din urmă pe copil să renunţe la expansivitatea sa. Consecinţa este o inhibiţie agresivă. În cazul cel mai nefavorabil mânia proprie nici nu mai este trăită. Acolo unde trebuie de fapt să apară revoltă şi mânie se va deschide o lacună în conştiinţă. Persoana inhibată nu mai are acces la afectul său de mânie, care rămâne în inconştient.

În celălalt caz mai apar încă sentimente de mânie neputincioasă, dar ele trebuie să rămână zidite în piept, dat fiind că din motive interioare (angoasă, sentimente de culpabilitate) nu le este permis să aibă nici o expresie.

3. Structura depresivă a adultului cu problematică agresivă

Persoana adultă predepresivă a transferat de regulă conflictul său agresiv primar cu părinţii asupra partenerului sau unei persoane de relaţie de aceeaşi importanţă, faţă de care se poziţionează ambivalent. Potenţialul său agresiv existent, care poate fi activat în orice clipă de un prilej corespunzător, este în acelaşi timp cauza unor sentimente de culpabilitate inconştiente, dat fiind că mânia originară împotriva mamei este supusă unei interdicţii din partea Supraeului. Inhibiţia agresivă persistentă face ca, în condiţiile mâniei aflate în stare de germene, să se instaleze, cu un prilej dat, o barieră fulgerătoare (automată) în sensul unui reflex învăţat (aceasta este ideea fundamentală a teoriei despre nevroze a lui Schultz-Hencke) şi persoana în cauză nu poate să îşi mai perceapă deloc afectul de mânie sau ură. Alături de aceştia există şi predepresivi care-şi percep foarte bine supărarea, dar cărora le lipseşte încă curajul şi capacitatea de a o exprima, dat fiind că se află sub dictatul diverselor angoase. Tendinţa pe care o au persoanele cu structură depresivă, anume aceea de a ridica mecanismul de apărare al idealizării ca o pavăză în calea sentimentelor lor ostile, îi face pe aceşti oameni să îi perceapă adesea fals pe ceilalţi, adică, pur şi simplu, să ignore provocările şi abuzurile lor. Aceasta îi protejează de percepţia propriei lor mânii şi de necesitatea de a lua măsuri împotriva celor care au provocat această mânie.

4. Situaţia de încercare şi eşec declanşatoare

Şi la varianta de depresie descrisă joacă un anumit rol pierderea unui obiect al iubirii — fie prin moarte sau separare, fie numai din cauza dezamăgirii (urmată de retragerea celui dezamăgit). Starea de a fi părăsit este receptată ca o formă flagrantă de lipsă a iubirii şi mobilizează conflictul agresiv latent. Potenţialul agresiv care aşteaptă să fie chemat şi care până acum fusese zăgăzuit în inconştient — sparge zidul refulării şi ameninţă echilibrul psihic al purtătorului său, pentru că bariera învăţată face imposibilă exprimarea mâniei.

Alături de pierderea unei persoane de relaţie importante, există însă şi situaţii de încercare agresive, care intră în cauză ca factori declanşatori pentru instigarea unui conflict agresiv. Prin aceasta se înţeleg situaţii în care persoana în cauză este atacată agresiv, este înjosită, este tratată abuziv şi nedrept, i se

fac reproșuri sau este descurajată, iar respectului de sine i-ar conveni să îl pună la locul lui pe agresor.

Însă eu sunt de părere că în cazul multor persoane cu agresivitate inhibată exprimarea mâniei nu este interzisă de o conștiință mobilizatoare, ci reflexele condiționate sunt cele care întrerup lanțul frustrare-agresiune.

Așa cum am amintit la început, în cazul acestei variante de depresie, agresivitatea care nu este trăită duce foarte frecvent la un episod depresiv (care durează ore, dar uneori și zile) și nu la o îmbolnăvire depresivă de durată, de profunzimea și intensitatea melancoliei.

5. Destinul agresivității care nu poate fi trăită

Afectul agresiv reprezintă un anumit cuantum de excitație, presupune o presiune asemănătoare cu cea pulsională, tensiune energetică. Ce se întâmplă atunci când „vaporii" nu mai pot fi evacuați din cazan?

Psihicul persoanei respective încearcă atunci să refuleze imediat în inconștient agresivitatea care se mobilizase împotriva obiectului pe calea procesului reflex și să o păstreze acolo în refulare, cu consum energetic. Agresivitatea care a fost astfel întrucâtva izgonită din conștiință nu a fost însă ștearsă de pe fața pământului; ea a căpătat o atât de mare creștere de tensiune încât nici nu mai poate fi menținută în cușca inconștientului. Ea trebuie să fie cumva descărcată. Aceasta se poate întâmpla după cum urmează:

Energia agresivă care tindea la început către o descărcare în forță, și al cărei drum spre exterior a fost blocat, creează o mare care inundă psihicul purtătorului ei și duce la devitalizarea acestuia. Schultz-Hencke a găsit o altă imagine pentru acest proces. El își imaginează jocul de forțe între agresivitatea gata să fie descărcată și contrareflexele blocante învățate ca un fel de competiție la trasul funiei, în care se ajunge la un fel de situație de mat, ca în șah. Presiunea și contra-presiunea, care au nevoie amândouă de multă energie, se anulează una pe alta în acțiunea lor. Ia naștere o stare de tensiune pe care persoana în cauză o trăiește ca o depresie.

În al doilea rând: direcția-scop a mâniei este schimbată. Ea poate fi deplasată de la obiectul împotriva căruia se îndreaptă mânia direct către propriul Sine. Mâniosul nu își mai poate refula agresivitatea, deoarece este prea aprigă. Dar fiindcă pe de altă parte, el este blocat (prin reflexe învățate, sentimente de culpabilitate) să își orienteze mânia spre cel care îl chinuie, el o descarcă pe sine însuși. Toate acestea seamănă cu o așa-numită furtună de mișcări, așa cum o cunoaștem din comportamentul anumitor animale. Persoana în cauză trebuie să facă ceva pentru a nu fi ruptă în bucăți de propria sa presiune. De fiecare dată când era părăsită de un prieten, o pacientă a mea cădea în stări de mânie sălbatică și de disperare, de-a lungul cărora alerga să se dea cu capul de pereți și se lovea serios.

6. Abordarea terapeutică

Eforturile analistului țintesc în cazul de față spre conștientizarea și demontarea inhibiției agresive a pacientului. Analistul folosește orice ocazie din cadrul tratamentului, adică al procesul transferențial, pentru a-i arăta pacientului că

- are o lacună emoțională, anume în locuri în care el ar trebui să simtă un impuls agresiv, dar se vede că nu simte nimic de acest fel.
- Numai retroactiv, întrucâtva cu întârziere, este deranjat de o interacțiune cu analistul care i-a dat un sentiment de disconfort (de ex.: numai pe drumul către casă îi trece prin minte că s-a supărat subliminar din cauza unei anumite expresii a terapeutului său).
- Sau că, în ciuda unei porniri de împotrivire pe care o percepuse la sine, el nu a găsit curajul de a protesta sau de a-și spune supărarea.

Este important să găsim angoasele și sentimentele de culpabilitate adesea inconștiente sau trăite cumva surd care îl împiedică și astăzi pe pacient să facă loc mâniei sale. Aici ne ajută să aflăm cu ce mijloace înăbușeau sau pedepseau tata și mama impulsurile agresive ale copilului.

Dar este important și să găsim motivele actuale care îl împiedică pe pacient să se exprime pe sine (alături de reflexele

de angoasă învățate). Oricât de false sau de grotești pot să ne pară, ele sunt realitatea psihică și limitează comportamentul persoanei respective. Iată aici câteva exemple:

Pacientul: „Sunt mic și neînsemnat. Nu se cuvine ca eu să enunț critici sau să protestez. Când spun ceva, celălalt gândește: ce-și închipuie oare viermele ăsta?"

Pacientul: „Mă tem să blamez pe cineva. Nu știu deloc cum se face asta: să dojenești, să înjuri, să critici. Îmi lipsesc argumentele, mă bâlbâi și fac o figură lamentabilă."

Pacient:"Mă tem de disprețul oamenilor. Când mă obrăznicesc, pierd o anumită parte a contului meu de simpatie. Se topește imaginea pozitivă pe care o au alții despre mine. Și într-o zi o să mă trezesc singur pe lume și nimeni nu o să vrea să mai știe de mine."

Pacient: „Mă tem să supăr pe cineva. Acesta ar lua cu siguranță în nume de rău critica mea și ar reacționa totalemente jignit. Eu însumi sunt foarte sensibil și mi se pare că mi se scurge pământul de sub picioare atunci când cineva îmi face reproșuri."

Pacient:"Mă tem de apărarea aprigă a celuilalt. Acesta va tuna și va fulgera și pe mine va cădea o avalanșă de mânie înspăimântătoare; din mine nu va mai rămâne nimic."

Pacient: „Mă tem că oamenii nu vor lua în serios supărarea mea, că o consideră de nimic. Mai întâi trebuie să fii adult și să fi făcut ceva, să reprezinți ceva și apoi ai dreptul de a deschide gura."

Pacient: „Când doi oameni se iubesc, nu are voie să existe nici un cuvânt rău. Cred că orice diferență de opinii cu partenerul amenință existența unei relații."

Pacient: „Vreau mereu să fiu un om bun și drăguț (așa cum dorea mama). Să fiu bine dispus, să ofer ajutor, să fiu mărinimos, corect, să mă gândesc la binele altora, să îi înconjor cu grija mea, dar să nu devin niciodată zgomotos și rău și agresiv."

Pacient: „Înainte aveam izbucniri de mânie în care mi-ar fi plăcut să sparg totul. Astăzi mă tem de mânia mea. Trebuie să mă rețin, altfel se întâmplă ceva foarte urât."

Pacient: „Nu vreau să îi fac rău celuilalt. Mă tem de consecințe. La noi în casă erau adesea conflicte totale. Erau confruntări înspăimântătoare, care ajungeau până în profunzimi. Era aproape ca o nimicire absolută a celuilalt. După asta, nimic nu mai era sfânt. După aceea eram răniți până în epoca de piatră și timp de săptămâni nu ne mai vorbeam."

Lista motivelor de teamă prezentate mai sus s-ar putea prelungi, dar o vom lăsa așa cum este. Este important să recunoaștem față de pacient caracterul îndreptățit al angoaselor sale și să nu dorim să îl convingem să scape de ele. În familia sa primară era într-adevăr foarte periculos să fii agresiv, dat fiind că aceast lucru atrăgea după sine consecințe inevitabile și greu suportabile. Dar pacientul generalizează experiențele sale din copilărie și adolescență — aceasta este patologia comportamentului său; el vede și tratează lumea și oamenii ca și cum ar funcționa după aceleași legități după care funcționa odinioară sistemul său familial și membrii acestuia.

Dar, de regulă, pacienții nu au acces nemijlocit la teama lor specifică. Adesea este nevoie de o analiză mai lungă pentru a aduce la lumina zilei factorii temuți din inconștient.

Poate fi de foarte mare ajutor să se ajungă la confruntări între pacient și analist, care să sfârșească într-o clarificare constructivă a conflictelor. Atunci pacientul face pentru prima oară experiența conștientă, cu toate indiciile unei ușurări profunde, a faptului că se poate comporta critic și poate avea o părere diferită fără ca pentru aceasta să fie pedepsit într-o anumită formă. Dimpotrivă, noi întărim expres autoafirmarea sa agresivă.

În acest moment voi lansa întrebarea dacă psihoterapeutul trebuie să creeze intenționat unele ocazii pentru a-l pune pe pacientul său inhibat într-o situație de tentație agresivă?

Oricât de tentant ar părea să îi deschidem pacientului modalități de exersare, în condiții controlabile, eu sunt mai degrabă împotrivă. Pericolul constă de fiecare dată în faptul că pacientul poate să se prindă (observă intenția și este prost dispus) și oferta noastră cade în gol. În plus, măsura și gradul de eficiență al atacurilor noastre înscenate nu se pot doza bine. În cel

mai rău caz, pacientul receptează lovitura sau nu se mai poate apăra, înregistează acest lucru ca pe o înfrângere și iese de aici deprimat. Cu totul altfel stau lucrurile dacă pacientul este frustrat din întâmplare sau neintenționat și se supără. Atunci putem împinge evenimentul puțin mai departe, pentru a deveni o provocare, favorizându-i astfel luarea de poziție.

Orice provocare este desigur o aventură pe muchie de cuțit. Pacientul nu trebuie să aibă parte prea multă frustrare, dar nici de prea puțină, pentru ca afectul său de protest să poată depăși unda de angoasă. De-a lungul unei analize nu se poate să nu apară frustrații neintenționate; acestea arată după cum urmează:

- în timpul unei ședințe suntem obligați să dăm un telefon
- îl poftim pe pacient cu întârziere în cabinet
- nu răspundem la o întrebare
- suntem prost-dispuși și nu suntem atât de prietenoși ca de obicei
- contramandăm o ședință sau o amânăm
- nu ne cerem scuze pentru un act ratat, ci ni-l permitem în mod suveran
- ne permitem să spunem că „nu am auzit" cutare sau cutare lucru spus de el
- provocăm prin enunțarea unei păreri, cu care nu avem în mod evident dreptate
- ținem la respectarea regulii fundamantale (de a spune totul), ținem la punctualitate la venire și la plată și folosim orice abatere pentru a-i „scoate ochii".

Atunci când totuși pacientul se simte acoperit și trece cu vederea cele întâmplate, noi îi vom arăta greșeala (Analist: „Mă mir că nu v-ați manifestat!"). Îl întrebăm pe pacient cum a trăit situația, ce s-a întâmplat cu el. Astfel, aproape întotdeauna scoatem la lumină reacții de mânie latente sau chiar puternice. Acum pacientul este stimulat să găsească acele angoase care l-au împiedicat să își exprime supărarea.

Este deja evident ce a aflat Schultz-Hencke: la început, pacientul nu își bănuiește supărarea, apoi începe să o perceapă

abia după câteva ore sau zile, apoi începe să o recepționeze cu puțin timp după întâmplarea respectivă, apoi chiar în timpul acesteia și apoi uneori chiar anticipând un eveniment așteptat.

În mod asemănător se petrec lucrurile și în cazul exprimării mâniei: la început ea nu poate fi deloc arătată, apoi este arătată numai după ce se petrece, apoi însă se va manifesta chiar în timp ce se petrece.

Capitolul 10

Depresie, trauma nașterii și experiențe traumatice timpurii (teoria traumei biologice, teoria durerii originare și teoria traumei nașterii)

Depresia este consecința unor traume fizice și psihice foarte vechi, dar refulate

Afectul depresiv al bolnavului adult poate fi înțeles ca reamintire a unor stări psihice foarte dureroase din timpul nașterii și din copilăria timpurie. Un potențial dureros cuprinzător, conservat într-o depresie bazală, ca urmare a unor experiențe traumatice timpurii pline de suferință, ar putea fi păstrat în latență până la izbucnirea bolii, prin măsuri defensive constante. Experiențele dureroase din prezent, care umplu paharul, fac să izbucnească din nou afectul depresiv refulat și duc la stabilirea unei depresii.

Ipoteza prezentată aici pornește deci de la ideea că nou-născutul, respectiv copilul foarte mic, a suferit deja o mulțime de traume psihofizice și psihice și a dezvoltat un soi de depresie bazală. S-au stabilit sisteme de amintiri negative, care stochează durerea și disperarea foarte timpurie, ce pot fi eliberate cu prilejuri ulterioare.

Există — la oamenii care au fost preîncărcați cu aceste lucruri — un fel de pol de durerii. Ne putem imagina aceasta sub forma unui vas din interiorul psihicului, unde se adună toate suferințele și rănile care l-au afectat pe respectivul în prima copilărie.

Principalii reprezentanți al acestei direcții de gândire sunt fără îndoială Max Stern (1951), Arthur Janov (1970) și Stanislav Grof (1975); dar și René Spitz (1965) dezvoltă ideea unei depresii bazale și exprimă ipoteza că depresia anaclitică a sugarului (datorată carenței parțiale de aprovizionare afectivă pe un interval de până la 4 luni) lasă în urmă „cicatrice care se vor vedea în anii care vor urma" (R. Spitz, 1965).

Și K. Abraham (1916) și E. Bibring (1953) reprezintă concepția unei încărcări străvechi a depresiei, anume ideea că „depresia psihică (a adultului) este repetarea anticipatorie a unei depresii primare fiziologice..." (citat de Stern, 1972)

Să ne îndreptăm atenția asupra ideilor lui Max Stern (1951): Stern a dezvoltat o teorie biologică a traumei „după care traumele psihice și apărarea psihică sunt construite pe baza unor traume biologice primare și unor procese defensive fiziologice primare"

După concepția acestuia, fiecare copil este expus în faza sa de imaturitate homeostatică unor situații biotraumatice determinate fiziologic, care însă pot fi menținute în niște limite suportabile, dacă relația mamă-copil funcționează bine.

Prototipul traumei este o „situație fiziologică în care o tulburare a echilibrului homeostatic nu poate fi compensată prin mijloacele obișnuite și la momentul obișnuit. Acest eșec implică o amenințare vitală. Provocată de copleșirea cu stimuli fizici sau psihici (intoleranță fiziologică la foame — „la sugar foamea se apropie de un șoc hipoglicemic", imaturitatea reglării termice) ea induce o reacție de șoc mai mult sau mai puțin puternică. Conform fiziologilor, șocul nu este nimic altceva decât procesul morții pe cale naturală" (Moon, 1942). „Din cauza imaturității biologice, un astfel de eșec al reglării homeostatice este specific situației postnatale." (Stern, 1972)

Însă dacă în faza timpurie a vârstei sugarului, dar și mai târziu, simbioza protectoare mamă-copil eșuează mai des și mai intens decât de obicei, dacă respectivul copil suferă o pierdere de obiect care durează mai mult sau mai puțin timp (mama se preocupă prea puțin de el, lipsește, nu se află în locul în care este nevoie de ea), atunci copilul în cauză suferă o așa-numită biotraumă. Prăbușirea reglării homeostatice este percepută de copil ca o amenințare cu nimicirea și moartea. „Perceperea reacției de șoc crescânde face să dispară în nimicnicie Sinele și lumea înconjurătoare. Situația traumatică trezește nu numai sentimente de neajutorare totală, ci are și caracterul cumplit, insuportabil și amenințarea creșterii constante a acestei stări îngrozitoare" (Stern 1972).

Perioada postnatală a unui sugar ar fi serios pusă în pericol „dacă nu ar exista o serie de contrareacții fiziologice de natură reflexă care să caute să echilibreze aceste situații traumatice" (reacție primară de apărare). Ele vin în întâmpinarea apariției reacției de șoc. În primul rând trebuie numită aici furtuna afectivă de mișcări (Mahler, 1965). Atunci când acest răspuns motor și descărcarea de adrenalină provocată de el nu pot compensa fatala prăbușire de tensiuni arteriale, apare o altă funcție de apărare, anume depresia primară cu hipokinezie și stupor, care determină o regresie a organismului la un nivel mai vegetativ și îl salvează temporar de șoc și moarte.

Copilul nu uită biotraumele trăite în copilăria timpurie, ci acestea stabilesc o anumită disponibilitate de a reacționa la pierderea de obiect. Dacă omul care are o astfel de încărcătură va suferi, în viața sa adultă, o pierdere de obiect sau alte deprivări, atunci el va recurge la mecanismul de stăpânire pe care l-a folosit frecvent în situații anterioare asemănătoare. „El se apără de noua amenințare printr-o regresie la apărarea depresivă primară." (Stern 1972)

„Depresia psihică este deci repetiția anticipatorie a unei depresii primare fiziologice." (Stern 1972)

Adultul care devine depresiv reacționează la trauma de a fi părăsit ca și cum ar fi sugarul de odinioară, care suferă o traumă biologică — și poate din cauză că pierderea de obiect, trauma biologică, groaza de moarte și reacțiile depresive au fost îmbinate în trăirea sa într-un complex interdependent (proces de învățare).

Aici ne oprim cu prezentarea teoriei traumei biologice a lui Max Stern.

La prima vedere se pare că ipoteza lui Stern explică numai apariția reacției depresive: în mod primar, depresia este un mecanism de necesitate fiziologică pentru păstrarea homeostazei biologice, deci o funcție, un artificiu al psihicului, o strategie de apărare; trăirea angoasei de moarte, dispariția sinelui și a lumii înconjurătoare, neajutorarea și caracterul insuportabil, groaza și amenințarea cu avansarea acestei stări nu sunt conținuturi ale depresiei sau afectului depresiv, ci mai curând preced această stare de necesitate, o pun în funcțiune. Depresia este un soi de înăbușire a revoltei fiziologice și psihice, ea este uleiul turnat pe valurile spumegânde.

Pe de altă parte, un copil care a suferit mai multe traume nu uită situațiile în care a fost amenințat de timpuriu cu șocul și moartea: în vise și atacuri de panică de dinainte de a adormi, în *pavor nocturnus* și uneori într-o atotprezentă angoasă de moarte sau așteptare a catastrofei, el „își amintește" — fără să bănuiască legătura — de aceste întâmplări traumatice din copilăria sa timpurie. Groaza insuportabilă și dispariția în nimic trăite atunci (cauza) sunt atât de strâns legate de răspunsul depresiv (consecința) încât ambele componente sunt contopite într-o unitate de trăire. Atunci când vorbim în acest context de o depresie de bază, nu ne referim numai la mecanismul special de apărare, ci și la afectele și procesele fiziologice care au precedat apărarea și care au provocat-o. Cu cât mai ușor de tulburat și mai sensibil este organismul copilului și cu cât mai frecvente și mai intense au fost traumele trăite, cu atât mai cuprinzătoare trebuie să fie depresia de bază construită pe acestea. Ea rămâne stocată în sufletul omului respectiv, gata să fie evocată și se va actualiza din nou cu o ocazie potrivită.

Pentru Arthur Janov (devenit cunoscut datorită cărții sale: „Strigătul primar" 1970), depresia este masca unor sentimen-

te foarte profunde și dureroase, care nu pot fi exprimate, din cauza slăbiciunii Eului copilului și lipsei în copilăria timpurie a unui obiect cu ecou empatic.

Afectul depresiv al adultului trece drept semn pentru existența unei dureri originare, în condițiile căreia nu poate fi trăită conexiunea cu adevărata origine a tristeții. Durerea și doliul legat de ea, dar care nu poate fi însă trăit, pot să se refere la traume foarte diferite: doliul de a nu avea voie să fii niciodată tu însuți; doliul în urma unei pierderi în copilărie; durerea de a nu fi fost niciodată iubit, de a nu fi fost niciodată înțeles, de a nu fi putut fi niciodată copil. Suma tuturor experiențelor traumatice este depozitată într-o bandă a memoriei care se învârtește la infinit, într-o mare de durere, fără ca purtătorul ei să fie conștient de ea.

Evenimentele dureroase și experiențele din prezent, de frustrare sau pierdere, care depășesc capacitatea de compensare a individului respectiv, activează potențialul de durere până atunci refulat (care ar dori acum de fapt să se descarce într-un strigăt primar), însă îi îngăduie să găsească numai o expresie mascată, sub forma unei depresii, a unui doliu ascuns.

Stanislav Grof (devenit cunoscut datorită cărții sale: *Topografia inconștientului*, 1975) a schițat două modele de gândire, nemijlocit conectate, care merită atenția noastră deosebită în legătură cu tema „depresie". În primul rând: o ipoteză despre apariția și construcția unei memorii emoționale; iar în al doilea rând o ipoteză despre felul în care s-a ajuns la apariția și îmbogățirea amintirilor dureroase (care pot cauza o depresie ulterioară și care sunt depozitate într-un sistem special de memorie).

Grof este de părere că fiecare om dispune de un număr de constelații de amintiri atât pozitive, cât și negative, pe care el le numește sisteme Coex, adică sisteme de experiențe condensate. „Un sistem Coex poate fi definit ca o constelație specifică de amintiri, care constă din experiențe condensate din diferite secțiuni ale vieții individului. Amintirile care aparțin de un anumit sistem Coex au o temă de bază asemănătoare sau

conțin elemente asemănătoare și sunt învestite cu emoții puternice de aceeași calitate." (Grof, 1975)

Un astfel de numitor comun emoțional, care pătrunde în toate straturile sistemului Coex, pot fi de exemplu amintiri: ale unor lipsuri fizice și psihice îndurate, ale unor respingeri, ale unor situații descurajante, ale unor griji și dureri, ale momentelor când respectivul individ a fost lăsat singur.

„Evident că în fiecare caz individual experiențe traumatice asemănătoare sunt depozitate în bănci de amintiri și poate în strânsă legătură cu cea mai veche experiență dintr-o astfel de serie, deci cu trauma primară. Cel mai vechi eveniment care impregnează formele exemplare prototipice formează nivelul de bază și punctul central al constelației Coex, experiența nucleară a sistemului. Mănunchiul de experiențe ulterioare este grupat în jurul acestui nucleu." (Grof, 1975)

Fiecare sistem Coex posedă o încărcătură emoțională intensă. Aceasta este „produsul unei serii de situații traumatice asemănătoare din diferite perioade de viață". (Grof, 1975)

„Cea mai importantă parte a sistemului Coex este evident experiența nucleară. Este prima experiență de o anumită natură, care a fost înregistrată de creier și care a creat baza pentru un sistem Coex specific" (Grof 1975)

„Simptomele psihopatologice manifeste apar atunci când sistemul Coex atinge o anumită întindere critică și repetițiile traumatice infectează domenii importante din viața pacientului și împiedică satisfacerea trebuințelor sale fundamentale." (Grof, 1975)

După ce am făcut cunoștință cu felul în care ia naștere un sistem Coex, cu felul în care progresează construcția lui și cu rolul lui în manifestarea îmbolnăvirii psihice, să ne îndreptăm atenția asupra unei constelații mnezice speciale, care formează fundalul petru izbucnirea unei depresii.

Experiența nucleară a oricărei depresii ulterioare se înrădăcinează, după Grof, în trauma nașterii (reprezentată mai mult sau mai puțin puternic, variabil de la om la om). Sugarul trece la naștere prin succesiuni de trăiri specifice, determinate parțial de dinamica biologică a procesului nașterii. Grof

postulează 4 așa-numite matrice fundamentale perinatale (tipare ale experienței), al căror material inconștient de experiențe negative ar fi în relație cu tulburări emoționale ulterioare la vârsta adultă.

Experiențele traumatice ale sugarului în matricea prenatală de bază II (foetusul este presat la intervale regulate de contracțiile mamei. Colul uterin este încă închis) și matricea de bază III (contracțiile mamei, deschiderea colului uterin, presiunea mecanică masivă din afară, adesea hipoxia și amenințarea cu sufocarea, lupta pentru supraviețuire) formează baza unei mări de senzații și emoții negative, care pot fi îmbogățite de experiențe de deprivare de-a lungul istoriei de viață, formând rădăcina unor depresii care izbucnesc mai târziu.

Depresia inhibată ar corespunde cu matricea de bază II (presarea sugarului fără mișcare în canalul nașterii). Aceasta ar fi caracterizată printr-o amorțire a cursului emoțional, printr-o blocare energetică deplină.

Depresia agitată, care ar fi în legătură cu matricea de bază III, s-ar distinge prin „încordare și angoasă internă de înalt grad, excitație motrice și neliniște disproporționat de mari și impulsuri agresive orientate spre interior și spre exterior" (Grof, 1985).

Grof atrage atenția asupra unui lucru foarte important care a rezultat din cercetările sale cu LSD, anume asupra dimensiunilor efectelor psihotraumatice care rezultă din maladii grave, răniri, operații și situații de pericol vital. Și aceste experiențe care rămân predominant inconștiente se adaugă mării de emoții negative bazale prexistente.

Materialul traumatic din biografia unui om — mai ales experiențele sale negative din copilărie — se leagă de materialul mnezic din matricea I și matricea II, pe baza coloraturii sale afective identice sau asemănătoare, o încarcă energetic suplimentar și astfel rezultă baza și sursa unei depresii ulterioare.

Toate ipotezele prezentate aici: teoria traumei biologice a lui Max Stern, teoria durerii originare a lui Arthur Janov și teoria traumei nașterii a lui Stanislav Grof prezintă următoarele convingeri comune:

1. Primele traume, fundamentale, ale copilului sunt provocate de procese biologice (naștere, prăbușirea homeostazei fiziologice).

2. Traumele foarte timpurii sunt trăite, adică suferite, de psihicul încă imatur al copilului, chiar dacă într-o formă foarte arhaică.

3. Aceste trăiri negative foarte timpurii sunt depozitate în memorie și formează nucleul de cristalizare pentru experiențe de suferință ulterioare, în psihogeneza ulterioară.

Persoana care se îmbolnăvește ulterior de depresie dispune deja înainte de izbucnirea bolii sale de un potențial de durere extins, neintegrat și în cea mai mare parte inconștient. Dacă această mare va fi și mai încărcată energetic din cauza unor frustrații și deprivări din prezent, atunci digurile sale se vor rupe și durerea de odinioară (cuplată cu experiența suferinței actuale) va deveni vizibilă în forma tulburării dispoziționale depresive.

Iată alte câteva idei despre psihoterapia propusă de autori:

Ideea de bază, cu care sunt de acord toate conceptele prezentate aici, este că există sisteme mnezice care stochează și leagă experiențele traumatice, precum și cantitățile mari de energie psihică care țin de acestea. Aceste matrici dinamice negative (Janov le numește „benzi de memorie circulare") determină toate maladiile psihice pe care le cunoaștem, inclusiv simptomatologia nevrotică.

În consecință, sarcina psihoterapiei este de a căpăta acces la aceste sisteme încărcate energetic, de a le sparge și de a evacua conținutul lor.

Grof realizează acest lucru cu ajutorul LSD (între timp, prin hiperventilație). LSD este un așa-numit drog psihedelic, o substanță care acționează ca un catalizator și duce pe căi chimice la o activare a matricilor dinamice ale inconștientului (LSD sporește permeabilitatea sinapselor în creier).

Max Stern recomandă elaborarea angoasei de moarte parțial conștientă, parțial inconștientă a pacientului în analiză.

Janov a conceput strategii comportamentale terapeutice specifice, cu ajutorul cărora slăbea sistemul de apărare al pa-

cientului respectiv, astfel încât materialul traumatic până atunci încapsulat și afectul cuplat de acesta puteau fi relevate și abreacționate catharctic.

Grof apără ideea că maladiile psihice, respectiv simptomele lor (inclusiv depresia) „indică o blocare a energiei și reprezintă în ultimă instanță, într-o formă condensată, experiențe potențiale care își forțează accesul în conștiință". Autorul este convins că „este sarcina terapeutului să ajute la mobilizarea acestei energii și să faciliteze cursul liber al existenței... Rezultatele terapeutice apar prin desăvârșirea configurației trăirii." (Grof, 1981)

„Experiențele de moarte și renaștere" — în cadrul unei terapii LSD — „pot provoca o ameliorare puternică a multor suferințe emoționale și psihomotorii. Matricile negative perinatale stochează emoții și senzații corporale de o intensitate extraordinară. Simptome atât de importante, cum este depresivitatea, par să se înrădăcineze profund în stratul perinatal." (Grof, 1981)

Din experiența cu pacienți care s-au supus unei terapii cu LSD, Grof a aflat 2 elemente terapeutice de maximă eficiență: „Primul este eliberarea și descărcarea unor cantități mari de emoții barate și senzații fizice din matricile perinatale II și III care aprovizionează cu energie simptomele clinice. Cel de-al doilea (element eficient) este forța curativă a stărilor de uniune extatică trăite în contextul matricilor perinatale IV și I." (Grof, 1981)

Eu însumi nu am avut nici o experiență cu metodele terapeutice descrise aici. De aceea le prezint în fața cititorului fără comentarii, ca o lectură incitantă.

Cel care citește cărțile foarte incitante ale lui Grof și studiază vinietele de caz demonstrate în ele va fi foarte impresionat de profunzimea, acuitatea și vigoarea existențială a proceselor emoțiomale prezentate, dar și de succesele terapeutice realizate. Cred că nu avem încotro decât să luăm cunoștință de acest nou punct de vedere și de procedeele terapeutice practicate aici și să le facem compatibile pentru noi.

Capitolul 11

Depresie și pierdere de obiect

Depresia este doliul reluat, dar voalat,
după pierderea unui obiect al iubirii din copilăria timpurie

În cazul variantei de depresie prezentate aici este vorba despre o pierdere de obiect în prima copilărie și de efectul ei întârziat în viața adultă.

Pierderea persoanei de relație primare poate cuprinde o întreagă paletă de constelații posibile: de la pierderea reală a mamei, care moare sau își părăsește copilul, dar și separări trecătoare de diferite durate (de exemplu ca urmare a internării în spital), până la acele cazuri în care mamele își neglijează copiii și prin comportamentul lor fals îi traumatizează atât de tare încât, din dezamăgire, copilul își abandonează mama în interiorul său și astfel o pierde ca obiect al iubirii.

Există o mulțime aproape de necuprins de lucrări științifice care se ocupă de tema deprivării materne, adică de consecințele lipsei temporare sau durabile a mamei în perioada copilăriei (Durfee, H. și Wolf 1934, Bakwin, H. 1942, Spitz, R. și Wolf 1946/1954, Burlingham, D. și Freud, A. 1949/1950, Bowlby, J. 1951, Robertson, J. și Bowlby 1952, Lewis, H. 1954, Klackenburg, G. 1956, Stott, D. H. 1956, Dührssen, A. 1958, Naess, S. 1959, Earle, A.M. și Earle 1961, Brown, F. 1961, Casler, C.

1961, Ainsworth, M. D. 1962, Lebovici, S. 1962, Schwidder, W. 1962, Loeber, F. 1963, Hellbrügge, Th. 1964, Biermann, G. 1967, Schmalohr, E. 1968 etc.)

În cadrul acestor cercetări se discută de fiecare dată consecințele unei separări de scurtă durată a copilului mic de persoana sa de relație primară, apoi ale uneia care durează 3 luni sau mai mult, respectiv care sunt prejudiciile psihice provocate de pierderea definitivă a mamei.

Prejudiciile psihice observabile la copil țin de o serie întreagă de factori, nu în ultimul rând de constituția înnăscută. Este important momentul, adică vârsta la care are loc separarea, cât de mult durează, ce experiențe a avut copilul în prealabil legat de îngrijirile oferite de mamă și dacă el are la dispoziție o mamă-substitut suficient de bună, care poate să amortizeze pierderea persoanei de relație primară.

În cel mai rău caz, copiii părăsiți se pot îmbolnăvi grav, cu amenințare vitală sau pot dezvolta simptomele depresiei anaclitice (Spitz și Wolf, 1946), care se prezintă după cum urmează: „Copilul stă așezat sau întins într-o stare de încremenire stuporoasă", „el frapează prin indiferența sa, lipsa de vlagă, uneori istovirea, paloarea sa, lipsa de reacție la stimuli cum sunt zâmbetul și vorbele prietenoase, mimica goală, somnul prost și apetitul redus. Pare nefericit și prezintă o atitudine de bază de tristețe și tulburare. El se retrage din lume și nu face nici o încercare de a lua contactul" (Bowlby, 1951).

În literatura psihologică pe tema „depresie nevrotică" a fost expusă adesea ipoteza conform căreia o îmbolnăvire depresivă în viața adultă se poate înrădăcina într-o pierdere de obiect în copilărie (Birtschnell, J. 1972, Joffe, W. și Sandler, J. 1965, Mahler, M. S. 1968, Blanck, G. și Blanck, R. 1974, Specht, E. K. 1977, Adam. K. S. 1973, Braun, G. W. și T. Harris 1978, Bowlby, J. 1980).

Prin pierdere de obiect se înțelege o separare limitată temporal (ore, zile), una care durează mai mult (trei luni sau mai mult) sau separarea definitivă a copilului mic de persoana care îl îngrijea (mama), care poate lăsa în urmă un fel de traumă. Această traumă se încapsulează întrucâtva în sufletul copilului și poate fi din nou mobilizată de pierderea unui obiect în viața adultă. Afectul depresiv este atunci reamintirea emoțională inconștientă a traumei separării timpurii. În depresie, bolnavul care între timp a devenit adult reia travaliul de doliu care nu fusese realizat suficient atunci, în copilărie, fără însă a ști unde este într-adevăr tulburarea sa.

Pierderea de obiect nu trebuie să fie însă echivalată cu separarea reală de persoana de relație. Un copil mic poate să își „piardă" mama și atunci când ea rămâne în familie, dar se dovedește nevrednică de a fi un obiect al iubirii. Acest lucru se întâmplă din cauza lipsei experiențelor de concordanță între mamă și copil, din cauza unei insuficiențe a mamei în domeniul îngrijirilor orale sau empatice, a neglijării și/sau tratamentului brutal aplicat copilului și a dezamăgirii rezultată din acestea. Copilul se retrage, o pierde pe mamă în calitate de „obiect intern bun". O traumă psihică (fie că este trauma de separare printr-o despărțire relativ scurtă a copilului de persoana sa de relație, fie că este o traumă a unei pierderi) nu este un factor extern, ci este întotdeauna o mărime internă, reacția emoțională a unui om structurat la un eveniment exterior. Freud știa acest lucru: „Nu putem vorbi despre evenimente traumatice de natură absolută, fără a lua în considerare sensibilitatea proprie a subiectului" (Freud, „Eul și Se-ul").

O pierdere devine traumă sau nu în funcție de o serie întreagă de variabile de personalitate, printre altele și „incapacitatea sau imposibilitatea de a jeli" (Bowlby, 1980).

Aici doresc să citez numai câțiva autori care au stabilit o legătură explicită între pierderea de obiect, trauma de separare și apariția ulterioară a unei îmbolnăviri nevrotice.

Într-o cercetare extinsă pe 5000 de pacienți, Birtschnell a descoperit că depresivii și alcoolicii prezentau rata cea mai înaltă a pierderilor timpurii ale părinților (Birtschnell, J. 1972).

„Dacă ordonăm în funcție de gradul de gravitate diferite evenimente care implică pierdere — despărțirea de un părinte din motive exterioare, a fi părăsit de tată sau mamă, în final moartea — se găsește o corelație pozitivă între acestea și

gravitatea tabloului clinic depresiv" (Adam, 1953, Braun și Harris, 1978).

Sandler și Joffe (1980) scriu în articolul lor, *Despre depresia la vârsta copilăriei*: „Cu siguranță mulți adulți depresivi au trăit în copilăria lor timpurie o pierdere traumatică sau o despărțire. Totuși o astfel de preistorie nu se întâlnește în absolut toate cazurile. O serie de autori susțin totuși că există întotdeauna o trăire timpurie a unei pierderi — dacă nu în realitate, atunci în fantasmă."

Opiniile celor doi oameni de știință citați mai sus coincid cu ale autorului în această chestiune: după părerea mea, pierderea de obiect este una dintre multele cauze posibile ale apariției predispoziției pentru îmbolnăvirea depresivă la vârsta adultă. Pierderea de obiect nu este însă singurul motiv.

Pierderea de obiect poate interveni prin plecarea mamei sau moartea acesteia, dar și ca urmare a distrugerii reprezentanței obiectului prin investirea agresivă din cauza unei dezamăgiri timpurii.

Mahler descrie în „Simbioză și individuație" o perioadă de mare vulnerabilitate în viața copilului (între 1 an și 7 luni și 3 ani și 2 luni), în care se pot observa comportamente de apropiere activă. „Atunci când mama îl respinge pe copil în această fază de apropiere, acest lucru poate fi atât de dezamăgitor pentru cel mic încât acum apare germenele unei depresii care va izbucni ulterior în viață." (Mahler, 1968)

Fischer (1976) rezumă în acest context: „Toate acestea indică faptul că experiențele timpurii de pierdere predispun psihologic printre altele la o îmbolnăvire depresivă cu tendințe suicidare." (Fischer, 1976)

Când un copil trece prin experiențe traumatice de separare sau de pierdere de obiect și, din cauza vârstei tinere, gradului redus de maturitate sau a lipsei suportului din partea altor persoane de relație, el nu a putut să facă doliul după această pierdere, atunci el dobândește o predispoziție pentru îmbolnăvirea de depresie. El învață un mod de reacție afectiv specific, reacția depresivă ca „o reacție normală și adecvată la anumite situații" (Sandler și Joffe, 1980).

Un astfel de adult preimpregnat devine depresiv atunci când trece prin repetate experiențe de despărțire sau prin pierderea unui obiect al iubirii. În literatura științifică există un acord în privința situației declașatoare. Laughlings, H. P. scrie în 1956: Dintr-un foarte larg punct de vedere „toate depresiile pot fi considerate reactive. Ele urmează întotdeauna unei pierderi, fie că este factuală, fie simbolică, fie că este bruscă sau nu."

După Blanck, G. și Blanck, R. în tratamentul unui depresiv adult, analistul „trebuie să presupună întotdeauna că există o piedere de obiect." El „trebuie să caute originea acesteia în istoria de viață și experiențele repetitive care au întărit-o." (Blanck și Blanck, 1974)

„Dintre toate situațiile care duc la depresii grave, mi se pare deosebit de tipică aceea în care pacientul recunoaște că cea mai importantă relație interpersonală pe care a avut-o a fost destrămată." (Areti și Bemporad, 1983)

Parkes (1974) vede în depresie o formă atipică de mâhnire în urma unei pierderi.

Autorii care nu aparțin orientării abisal-psihologice s-au interesat dacă izbucnirea unei îmbolnăviri depresive este precedată de experiențe de pierdere și/sau despărțire. Ei au ajuns la concluzia că separarea de partener sau moartea acestuia, moartea unui membru foarte apropiat al familiei sau dispariția acestuia se află într-o strânsă conexiune cu începutul unei tulburări dispoziționale depresive a persoanei afectate. (Paykel, Myers, Dienelt, Klerman, Lindenthal, Pepper, Parkes și Braun)

Este timpul să clarific o absurditate evidentă.

Dacă este adevărat că marea majoritate a îmbolnăvirilor depresive de la vârsta adultă sunt declanșate de despărțiri și pierderi de obiect (așa cum susțin mulți autori) și dacă este adevărat și că acești oameni care s-au îmbolnăvit erau deja împovărați cu o traumă de despărțire sau pierdere din copilărie și astfel aveau predispoziție pentru tulburarea dispozițională depresivă, atunci nu ar trebui să existe decât un singur tip de depresie nevrotică (și nu cele 10 descrise în această carte).

Soluția enigmei stă în diferitele conținuturi de semnificații pe care le pot avea pentru fiecare individ evenimentele care implică despărțire/pierdere și în faptul că trebuie să facem diferența între pierderea de obiect la vârsta adultă și pierderea de obiect în copilărie.

Pierderea unui partener, prin înstrăinare, despărțire sau moarte poate să îl afecteze pe om în diferite locuri și poate însemna lucruri foarte diferite din punct de vedere psihodinamic.

Dacă există, pierderea poate reactiva trauma pierderii de obiect din copilărie. Dar ea apare ca un factor declanșator, în forma situației de încercare și eșec pe care o cunoaștem deja, și pe o serie întreagă de alte fundaluri depresive.

Trebuie să ținem seama de faptul că termenul „pierdere de obiect" descrie în primul rând un fapt exterior și nu spune încă nimic despre reacțiile și procesele psihice pe care le va declanșa la individul afectat. De aceea doresc să listez aici cele mai importante semnificații pe care le poate avea o pierdere de obiect în economia sufletească a unui adult predispus spre depresie.

Pierderea de obiect poate să însemne:

- pierderea maternajului oral și, în consecință, deficit oral;
- pierderea maternajului emoțional și în consecință frustrarea trebuințelor simbiotice, apariția unei stări de lipsă;
- părăsirea este trăită ca o rană narcisică și duce la o prejudiciere a sentimentului propriei valori;
- pierderea sursei de gratificații narcisice, în consecință, apariția unui deficit narcisic;
- pierderea de obiect înseamnă o situație de părăsire interioară, deoarece lipsesc obiectele interne stabile;
- pierderea Eului ajutător de până atunci (în cazul unei individuații deficitare);
- pierderea sensului vieții, dat fiind că persoana în cauză simte că nu mai este nevoie de ea. Cerințele pe care le presupunea obiectul iubit și pierdut erau singura confirmare existențială;
- pierderea obiectului urât: dezamăgirea legată de lume și oameni care până atunci fusese abreacționată asupra obiectului iubirii nu mai are acum cui să se adreseze. Persoana în cauză rămâne „cantonată" în agresivitatea și mânia sa
- moartea obiectului iubit împlinește dorințele inconștiente de moarte pe care le nutrea persoana în cauză față de partenerul său. Printr-o spirală descedentă, care cuprinde sentimente de culpabilitate, conștiință surdă a propriului caracter rău, tendințe de autopedepsire sau teamă de răzbunare, se poate ajunge la o tulburare depresivă a dispoziției;
- pierderea obiectului mărește — ca o nouă lovitură a destinului — potențialul deja cuprinzător pe care îl avea respectivul individ pentru durere, îl duce la „cota de inundație" și îl copleșește pe respectivul individ cu propria lui mizerie din copilărie, neelaborată;
- pierderea singurei persoane importante de relație, de care cel în cauză rămâne fixat nevrotic și de care era total dependent, reprezintă o situația deosebit de aspră de frustrare. Toate trebuințele și satisfacerea acestora treceau până atunci prin celălalt. Chiar despărțirile de scurtă durată îl prăbușeau pe dependent în stări depresive. Din punct de vedere genetic, în aceste cazuri există o relație mamă-copil prea strânsă, cu ofertă exagerată de apropiere. Mama era prezentă, îl răsfăța și satisfăcea toate dorințele copilului. Ea trăia cu el într-un soi de contact izolator, îl lipsea pe copil de autonomie într-un asemenea grad încât el s-a dezvoltat ca un adevărat papă-lapte. În trăirea ulterioară a adultului acest mod de relație este continuat cu partenerul. La pierderea acestuia izbucnește depresia.
- Pierderea obiectului iubirii poate și să mărească enorm spațiul de acțiune și de viață al celui care supraviețuiește și pot să îl expună diferitor tentații (să vândă casa, să intre în contacte sexuale, să rupă relațiile cu acele rude care nu îi plac, să facă achiziții costisitoare etc., etc.) pe care el însă nu le poate realiza din cauza angoaselor nevrotice și frânelor rezultate din sentimentele de culpabilitate.

Din enumerarea posibilelor reacții care pot urma unei pierderi de obiect, cititorul atent trebuie să fi observat cât de ne-

specific este acest eveniment. Aproape toate variantele de depresie descrise în această carte — 10 la număr — pot fi declanșate de o pierdere de obiect, pentru că despărțirea de un om important deschide răni acolo unde subiectul este vulnerabil, în funcție de structura lui. Termenul pierdere de obiect descrie un fapt exterior și nu spune nimic despre reacțiile și procesele psihice pe care le va declanșa la cel afectat.

În acest capitol condiției de a fi despărțit i se adaugă o semnificație deosebită: pierderea actuală de obiect (care îl afectează pe adult) activează amintirea afectivă despre pierderea unui obiect în copilăria timpurie și se contopește cu potențialul de durere stocat al acesteia.

Copilul de atunci nu a putut elabora pierderea, pentru că alături de el nu a stat cineva care să îi acorde sprijin, ecou empatic, care să îl trateze cu iubire maternă. Nici adultul nevrotic nu este în stare să facă față celor 4 faze normale ale procesului de doliu (1. amorțire; 2. dor și căutarea obiectului pierdut; 3. dezorganizarea și disperarea și 4. reorganizarea — după Bowlby, 1980). Din copilărie el a învățat să refuleze evenimente nefaste. De aceea el se teme de sentimentele de dezorganizare și disperare și bănuiește, desigur pe bună dreptate, că atunci când va deschide stăvilarele, va izbucni și durerea sa din copilărie, nedescărcată și profundă, și îl va inunda.

Terapie:

Ce accente terapeutice ar trebui să pună analistul atunci când pacientul său depresiv suferă de o traumă de pierdere din copilărie care a izbucnit din nou?

1. Elaborarea pierderii actuale

Desigur că ne vom orienta în primul rând la cele întâmplate în prezent și ne vom confrunta cu pierderea în momentul de față. Încercăm să aflăm ce semnificație a avut pentru pacient omul pierdut prin separare sau moarte, cum s-a ajuns la pierderea lui (a fost pacientul părăsit?), ce funcție avea celălalt pentru pacientul nostru, ce valoare a avut el în viață și cât de mare era posibila lui atitudine ambivalentă față de obiectul pierdut.

O importanță deosebită o are elaborarea sentimentelor ambivalente și a socotelilor rămase deschise în relația cu omul pierdut, pentru a elibera afectele agresive nedeclanșate ale pacientului. Astfel se mobilizează travaliul de doliu.

2. Conștientizarea
unei pierderi care a avut loc în copilărie

Este sarcina analistului să afle, într-un al doilea pas, dacă și când a fost expus pacientul depresiv, în copilăria sa timpurie, unei situații traumatice în sensul unei traume de pierdere. Dacă găsește o astfel de pierdere, el ar trebui să vorbească despre ea, nu numai să o ridice în planul conștiinței, ci să îi indice pacientului și întreaga încărcătură posibilă a acestui lucru. Dacă nu este vorba despre o pierdere reală (mama și tatăl rămân împreună cu copilul), ci de una sufletească, trebuie să fie foarte important să găsim punctul de ruptură în care, ca urmare a dezamăgirii, copilul de atunci și-a pierdut obiectul iubirii, adică și-a pierdut încrederea în el.

3. Reluarea travaliului de doliu

Pacientul trebuie să își amintească de circumstanțele situației de despărțire, să-și amintească ce a gândit, ce a simțit și ce a făcut.

Cum a interpretat el evenimentul de atunci și cum l-a situat în imaginea sa asupra lumii? A căutat și a găsit consolare? Au existat adulți care să îl ajute, să fie alături de el? Oare nu a avut voie să meargă la înmormântare? A fost oare mințit (tatăl tău a plecat în călătorie)? Oare plecarea unui părinte a devenit o temă tabu în familie? Oare s-a simțit vinovat copilul de moartea mamei sau de faptul că ea și-a părăsit familia, după motto-ul: „Ea a plecat pentru că eu eram atât de rău?"

Explicarea și prezentificarea figurativă a trecutului trebuie să îi dea pacientului posibilitatea de a face doliul după pierderea de atunci. Protejat de situația analitică și de prezența

unui om înţelegător şi cu inimă caldă, cel afectat poate să îşi trăiască pentru prima dată sentimentele de durere şi doliu congelate şi nedescărcate şi să le dea expresie. Analistul va susţine acest proces de doliu, îl va pune în mers şi îi va conferi profunzime, prin comentarii empatice.

4. Recunoaşterea şi demontarea manifestărilor consecutive secundare

Nu rareori o traumă primară se resimte ulterior prin pierderi consecutive mai mici sau mai mari, prin separări scurte sau de durată mai lungă:

Bunica moare, câinele familiei se rătăceşte, mutările frecvente îl rup pe copil de mediul său familiar şi îi răpesc prietenii de joacă, cu care el se obişnuise atât de mult. Mama trebuie să fie internată câtva timp în spital, copilul este trimis de acasă şi aproape că „moare" de dor de casă.

Este bine să ridicăm până la nivelul conştiinţei şi aceste evenimente şi să luăm în considerare efectele lor, pentru că ele au stat la baza neîncrederii pacientului în soliditatea şi durata relaţiilor umane şi au alimentat-o.

Unul dintre pacienţii mei a exprimat astfel această angoasă legată de vremelnicie — în cadrul situaţiei transferenţiale analitice:

„Într-o zi am fost nevoit să renunţ la şedinţă. Trebuie să ne despărţim de fiecare dată de ceva frumos. Mereu teama asta, că aici s-a sfârşit. Sun la uşă şi dvs. nu mai locuiţi aici. După ultima şedinţă am plâns de mama focului: aveam teama delirantă că aţi putea să mă părăsiţi. Pur şi simplu nimic nu este de durată. Într-o zi veţi rupe relaţiile cu mine. Am auzit cum aţi făcut un cerculeţ pe carnetul dvs. de notiţe şi m-am gândit că acum vreţi să puneţi capăt tratamentului meu. Mă tem că mă veţi lăsa în aer!"

Analistul trebuie să ridice un bastion în faţa acestor angoase de vremelnicie, anume sub forma propriei sale prezenţe stabile.

Astfel pacientul poate face experienţa faptului că temerile sale nu se vor împlini de data aceasta şi că poate avea încredere într-o relaţie umană, că aceasta poate dura. Adesea un pacient va fi liniştit dacă la începutul terapiei i se comunică faptul că poate determina singur durata analizei. Îi spun: „Haideţi să facem o înţelegere. Dvs. veţi stabili cât de mult timp vreţi să rămâneţi la mine, chiar şi 10 ani!"

Promisiunea că îi este îngăduit să ia în propriile mâini propriul destin (respectiv aducerea din poziţia de neputinţă într-una de decizie activă) reprezintă pentru pacient o sursă de mare linişte, pe care o întâmpină în cele mai multe cazuri cu bucurie. Pe de altă parte nu mi s-a întâmplat niciodată să observ că aceşti pacienţi prelungesc inutil tratamentul mai mult decât o fac pacienţii care nu se tem de despărţire; ei au putut să respecte convenţia la care s-a ajuns odinioară.

Alte consecinţe secundare posibile ale unei pierderi timpurii de obiect: *angoasa de separare* (pacientul se teme că îşi va pierde partenerul sau nu se poate desprinde dintr-o relaţie chiar dacă aceasta a devenit îngrijorător de nocivă pentru el); provocarea unor conflicte cu partenerul care au drept urmare faptul că pacientul se desprinde din relaţie şi îşi părăseşte partenerul (pacientul: „În viaţa mea nu mă vă mai părăsi cineva! Dacă pleacă cineva, acela voi fi eu!") şi evitarea unei noi relaţii parteneriale, de teama de a nu fi cumva părăsit.

Şi aceste tulburări relaţionale adesea foarte rezistente vor fi abordate şi elaborate în cadrul unei analize.

Capitolul 12

Natura depresiei, caracterul depresiv

În cadrul construcțiilor teoretice ale psihologiei abisale sunt oferite mai mult sau mai puțin explicit zece modele explicative distincte pentru apariția și evoluția unei depresii nevrotice, dintre care așa-numita direcție freudiană favorizează în mod evident modelul „Supra-Eului sadic".

Se pune aici în mod firesc întrebarea: care dintre conceptele prezentate este cel mai aproape de adevăr și cel mai fertil ca ipoteză de lucru?

Psihanalistul va remarca faptul că toate ipotezele prezentate conțin un sâmbure de adevăr, pentru că el își amintește de pacienți, care pot fi fără dificultate încadrați în diferitele modele.

Ne permite aceasta oare să concluzionăm că există zece depresii distincte? Pentru mine, nu!

Pentru a clarifica situația de fapt, aș dori să recurg la o imagine:

Închipuiți-vă că urmăriți un western, o scenă care se petrece într-un compartiment de tren. Drama care se joacă aici se poate compune din următoarele secvențe:

- o încăierare, care amenință să explodeze;
- cineva vrea să sară pe fereastra trenului, din mers;

- cineva apucă un pistol și cere bani pasagerilor;
- cineva trebuie constrâns să mărturisească.

În toate cele patru cazuri încercarea soluționării acestor situații precare ar putea consta din tragerea semnalului de alarmă și, ca urmare, din oprirea trenului. Dacă prin aceasta se ajunge la prevenirea pericolului sau la rezolvarea conflictului, nu este sigur.

Am construit acest exemplu pentru a face o analogie cu tema acestei cărți.

Aș dori mai întâi să compar conflictele și situațiile disperate care induc și mențin o depresie nevrotică cu dramele din compartimentul de tren; și apoi să fac o paralelă între tragerea semnalului de alarmă și „depresia ca mecanism de apărare".

Cele zece modele explicative expuse în această carte nu descriu natura depresiei nevrotice, ci denumesc conflictele, tulburările și stările deficitare care duc la activarea „depresiei ca mecanism de reglare".

Depresia nu este drama în sine, ci tragerea semnalului de alarmă pentru rezolvarea dramei. Afirmația că ar exista zece variante ale depresiei nu este corectă. Trebuie să reformulăm: există zece modele diferite de tulburări psihice, pentru a căror încercare de rezolvare psihicul uman preferă să folosească o apărare depresivă.

Apărarea depresivă presupune o predispoziție de reacție înnăscută ca strategie de supraviețuire, care este pusă în mișcare în caz de nevoie chiar de către sugarul mic. Ca să își poată menține homeostazia (în caz de foame, pierdere de căldură, copleșirea cu stimuli), la bebelușul aduce procesele vitale la un nivel energetic mai mic, pentru a fi ferit de șoc și moarte. Același mecanism de apărare exersat în perioada de sugar intră din nou în acțiune la adultul depresiv, dacă acesta intră în una dintre cele zece tulburări nevrotice amintite și nu mai poate să o rezolve.

Am făcut cunoștință în capitolele 2-11 cu cele zece posibile substraturi (drame) care stau la baza declanșării unei tulburări depresiv-nevrotice la adult. Întrebarea ar fi acum, dacă ar

exista un numitor comun pentru aceste zece variante, s-ar lăsa ele într-adevăr reduse la un ultim agent nociv?

Cred că această reducție, realizată la un nivel corespunzător de înalt de abstracție, este posibilă.

Toate cele zece nuanțe ale îmbolnăvirii nevrotice se potrivesc cu „existența bazală a unei deficiențe existențiale!".

În spatele situației deficitare orale (var. 1) și simbiotice (var. 2) stă sentimentul unei nevoi uriașe, devenită insuportabilă.

Expresia „deficit de individuație" (var. 4) se clarifică de la sine în acest context, deoarece se referă la un deficit în direcția maturizării și a capacității de a trăi.

În spatele unui „fals Sine" stă sentimentul apăsător al ratării existențiale și, deci o deficiență de autenticitate și de specificitate.

O conștiință foarte severă (var. 3) poate provoca un conflict interior de agresivitate, în a cărui desfășurare Sinele se depreciază și persoana respectivă suferă din cauza lipsei sale de valoare.

În cazul sentimentului lipsei de putere deficitar (var. 6) este vorba de un deficit al „puterii pe care subiectul crede că o are față de solicitările și încercările vieții".

Situația pierderii de obiect (var. 10) și, în legătură cu aceasta, declanșarea unei depresii implică de la început ideea că persoana părăsită simte lipsa obiectului pierdut într-un fel oarecare (fie și ca obiect al urii) și este adusă prin separare într-o situație psihică deficitară.

Una dintre cele mai frecvente cauze ale depresiei este — așa cum am văzut — dereglarea și prejudicierea balanței narcisice a unui om (var. 7). Aceasta duce la o deficiență a iubirii de sine, a autostimei și a valorizării personale, la un deficit al identității și la o situație interioară de abandon, caracterizată prin pierderea obiectului intern.

În cazul inhibiției agresive (var. 8) și al provocării ei într-o situație de încercare și de eșec, respectivul este atât de mult atins existențial în starea sa bazală, deoarece se produce o blocare a descărcării sale afective și este puternic limitat în capacitatea de a acționa (deficit în autoafirmare și autoimpunere și în comportamentul în fața agresiunilor).

Teoria traumatică a depresiei (var. 9) se opune cel mai puternic modelului explicativ prezentat aici („prezența deficitelor existențiale"). Persoana traumatizată timpuriu se distinge ca viitor adult nu printr-un deficit, dar mai ales printr-o abundență de afecte sedimentate, desigur negative. Ar fi prea comod acum, cred eu, să se opună durerii, tristeții și disperării sale antipozii emoționali (eliberare de suferință, încredere, bunăstare) și să i se confirme faptul că suferă de o deficiență a acestor sentimente pozitive. La o considerare mai atentă, nucleul bolii se deplasează de la afectele negative sedimentate la incapacitatea individului de a le descărca și integra. Deficitul constă, de asemenea, și în faptul că el nu a găsit un drum, ca să „deschidă recipientul în care afectele negative se dezlănțuie atât de sălbatic."

Când vom ajunge să vorbim încă o dată despre povestea nașterii apărărilor depresive, se va vedea că în prima copilărie există stări deficitare care pun în pericol homeostaza (foame, frig, copleșirea cu stimuli).

Descrierea celor zece modele de tulburări nevrotice ar putea sugera concluzia că putem pur și simplu include orice pacient care are o depresie nevrotică într-o cutiuță diagnostică. Dar, din păcate, nu este așa. De obicei, la fiecare pacient se descoperă 2-3 variante dintre cele zece posibile, însă adesea se formează un centru de greutate. Unul dintre aceste modele se impune în prim-plan și decide dinamica psihică. Există cazuri în care este evidentă numai o tematică (mai rar). Pentru că numeroasele variabile ale personalității umane stau într-un raport de condiționare și dependență reciprocă și aproape toate sunt în legătură unele cu altele, în cercuri complexe de reguli, nu este surprinzător că nu găsim nici o imagine „limpede", ci un număr mare de melanjuri. Terapeuții trebuie să atingă, pentru întocmirea unui plan de tratament folositor, cele mai importante arii ale tulburării și să intervină aici pe măsura centrului de greutate.

Zăpăceala provocată de lectura literaturii psihanalitice constă pentru mine în faptul că, mai întâi, adesea nu se face clar

diferența între psihodinamica nevrotică ce conduce la depresie și însăși încercarea de autoreparare (de ex. apărarea depresivă) și că, în al doilea rând, este emis adesea un singur model de tulburare ca etiologie a bolii.

Trebuie, natural, să luăm în considerare, pe de altă parte, faptul că factorii sociali cu acțiune psihopatogenă adesea persistă ani de zile și că pe acest suport afectează și deformează un om în mai multe sau mai puține arii psihice. Ca o consecință a acestei biografii, el va prezenta paleta aproape completă a dezvoltărilor deficitare de care este vorba, va manifesta tulburări în sfera orală, agresivă sau narcisică, deficite în sectorul trebuințelor simbiotice, se stăpânește, dacă este cazul, un Supra-Eu prea puternic, un deficit de individuație și suferă din cauza efectelor influențelor traumatice din prima copilărie. Prezența tuturor acestor structuri patologice la unii bolnavi depresivi ne induce nu arareori în eroarea de a crede că toate aceste modele psihonevrotice de boală constituie, în totalitatea lor, o depresie. Dar nu este așa! Este suficientă formarea unei structuri nevrotice pe un singur sector al personalității pentru ca mai târziu să se dezvolte o depresie.

Istoria formării apărării depresive a fost descrisă în capitolul „Depresie, trauma nașterii și evenimente traumatice timpurii", fără a constitui aici tema propriu-zisă. Ne-am raportat în acest punct la Max Stern și la teoria sa a biotraumei și am aflat că așa-numita apărare depresivă reprezintă o predispoziție de reacție înnăscută la toți oamenii, care apare la bebeluși într-o situație deficitară timpurie și are funcția de a respinge un șoc amenințător (cu eventuală consecință mortală), și anume prin diminuarea proceselor vitale până la un nivel energetic mai scăzut.

După ce copilul mic, care își pune în acțiune fără succes măsurile de rezistență pe care le are la dispoziție — cu țipete și hiperkinezie — și-a trăit slăbiciunea și neputința de a îndepărta situația amenințătoare de deficit, el face totuși o experiență încununată de succes: „Când cad într-o pasivitate totală, pe cât posibil intr.un somn de epuizare, pericolul poate fi evitat și problemele pot fi rezolvate trecător" (se înțelege de

la sine că psihicul copilului nu trece conștient prin acestă experiență). Reacția depresivă acum manifestă reprezintă, de asemenea, în acest punct o încercare rezonabilă de reparare. Prin multiple reeditări ale procesului descris mai sus se ajunge la o deosebită rodare a acestui mecanism, iar modalitatea depresivă de reacție va fi cea aleasă în situații similare din repertoriul psihic al contramăsurilor posibile. Persoana respectivă a învățat în acest fel să reacționeze depresiv.

Joffe și Sandler sunt și ei de părere că „apărarea depresivă reprezintă o reacție psihobiologică fundamentală la pierderea bunăstării."

Putem descrie în acest punct natura depresiei după cum urmează:

1. Se dă o predispoziție de reacție înnăscută sub forma așa-numitelor apărări depresive, care se pune în funcțiune la sugar pentru a evita un șoc amenințător. Prin repetate manifestări ale unei situații amenințătoare de acest fel este urmat, mai apoi învățat acest mecanism rezonabil de supraviețiure.
2. Procesele traumatizante din prima copilărie, amenințarea cu șoc și moarte lasă urme în psihicul copilului și îi întunecă sentimentul de bază al vieții. Se stabilește în calitate de experiență-nucleu un sistem Coex negativ (Grof), dominat de pierderea speranței, o dispoziție sumbră și emoții de resemnare.
3. Odată cu maturizarea intelectuală a copilului, experiența față de lume și experiența de sine se sedimentează în așa-numitele „scheme cognitive". Persoana respectivă își dezvoltă nu numai o viziune pesimistă asupra lumii („Pământul este un loc al plângerii; norocul nu este statornic; în cele din urmă, nimic nu are sens!"), ci și o atitudine devalorizantă față de propria persoană și a posibilităților sale. De acum înainte, lumea și oamenii sunt percepuți printr-un văl întunecat și toate experiențele rele din prima copilărie sunt adăugate fondului experiențelor negative. Întrebând de exemplu persoane care suferă de o boală nevrotică despre cele mai timpurii amintiri (mă refer la

o cercetare realizată de mine pe 500 de pacienți), se va dovedi că 55,6% dintre situațiile rememorate sunt de natură negativă și descriu experiențe care conțin neplăcere, furie, neajutorare, teamă și adandon pasiv în fața unei situații amenințătoare.

4. La vârsta adultă, persoanele astfel prejudiciate în copilărie revin la mecanismul învățat „apărarea depresivă" atunci când echilibrul lor psihic și așa precar este zdruncinat de conflictele sau stările deficitare descrise în capitolele 2-11. Modelul de reacție învățat în prima copilărie (diminuarea funcțiilor vitale până la un nivel energetic scăzut) se dovedește însă acum un mijloc insuficient pentru a rezolva problemele. Este mai degrabă un semn al unei încercări eșuate de rezolare a problemei. În depresie, persoana respectivă încetează să mai lupte împotriva răului care o împovărează. Capitulează, căzută în epuizare, apatie și retragere („given up", Engel, 1968; Schmale, 1972).
5. La o privire mai atentă se vede că modelele explicative ale depresiei nevrotice prezentate în literatura psihanalitică nu desemnează originile acestei boli, ci sunt descrierile unor tulburări nevrotice destul de specifice. Este evident că aceste zece modele nevrotic-conflictuale și patologice descrise de mine, care pot eșua într-o depresie, au pentru persoana respectivă o consecință fragilizantă, adică un efect devitalizant și prin acesta o afinitate deosebit de mare cu încercările depresive de rezolvare. În principiu însă, tulburările orale, simbiotice, agresive și narcisice pot fi abordate și învinse etc. și cu ajutorul altor mecanisme reparatorii, de exemplu, autoneglijarea, agresivitatea, comportamentele adictive, sexualizarea, excesul de muncă, somatizările, etc.
6. Stările depresive pot fi modificate de purtătorul lor și pot fi îndreptate de o manieră șantajistă împotriva partenerului sau a altor rude. Faptul că unii dintre depresivi scot un beneficiu secundar din boala lor nu permite însă concluzia că dispoziția depresivă reprezintă o strategie activă de rezolvare a problemelor, așadar un comportament învățat (așa cum pretind unii terapeuți comportamentali). Există situații în care pacienții depresivi fac comerț ambulant cu slăbiciunile și cu neajutorarea lor, se comportă revendicativ, reclamă ajutor, refuză cooperarea, prin plângerile continue își oripilează apropiații sau pun un partener doritor de despărțire sub o asemenea presiune morală, încât acesta renunță provizoriu la intențiile de separare. Totul are mai puțină legătură cu esența bolii și mai mult cu caracterul omului respectiv.
7. Stările depresive pot induce și întreține o tendință descendentă într-un parteneriat, când celălalt „sănătos" se simte puternic frustrat de comportamentele revendicativ-autocentrate și pasive ale bolnavului și răspunde, din partea sa, într-o modalitate negativă, de exemplu prin retragere, neînțelegere, reproșuri.

Retragerea iubirii partenerului îl aruncă pe depresiv în prăpăstii noi și mai adânci, îl lasă pe acesta mai neajutorat și tocmai prin aceasta mai respingător pentru cei din jur. Spargerea acestui cerc vicios este cea mai grea sarcină în cadrul unei terapii de succes.

Înainte de a încheia acest capitol și această carte, trebuie să amintesc ideea de structură depresivă, de caracter depresiv.

Când cineva privește caracteriologic persoane care suferă de o nevroză depresivă și le studiază psihodinamica, se lovește cu regularitate de constatări asemănătoare, și anume: tulburări de oralitate, deficite simbiotice, inhibiție agresivă, deficite de individuație, Sine fals, deficit al puterii personale, tulburări narcisice, experiențe traumatice timpurii și pierderi de obiect în prima copilărie. Cititorul atent va descoperi în această enumerare titlurile din capitolele 2-11. Caracterul depresiv este echivalat cu prezența tuturor acestor situații deficitare și conflictuale pe care eu le-am descris la cele zece modele de tulburări nevrotice sub eticheta „personalitatea pre-depresivă". Dacă ar trebui să rezum în acest punct și toate caracteristicile de personalitate ale tuturor celor zece imagini umane conturate tipologic, într-un singur bloc, aș avea o prezentare exhaustivă a așa-numitului caracter depresiv (lucru de la care mă abțin aici).

Când confirmăm cuiva o structură depresivă, aceasta înseamnă că:

Respectivul dispune de un anumit potențial conflictual nevrotic (în domeniul oral, agresiv, simbiotic sau narcisic, sau în mai multe domenii concomitent), care explodează într-o situație corespunzătoare de încercare și eșec și îl poate conduce la o nevroză. Cu o mare probabilitate, el va alege ca apărare față de această tulburare încercarea de soluționare depresivă.

Printre structurile depresive se află și acei oameni care **a.** Trăiesc frecvent miniepisoade (de ore sau zile) cu dispoziție depresivă, fără să ajungă la declanșarea unei depresii complete. Ei trec drept abătuți și victime ale unor oscilații frecvente ale dispoziției. Există și aceia care **b.** Se găsesc ani de-a rândul într-o stare depresivă ușoară, însă fără să prezinte alte simptome aparținând unei depresii (inhibiție a gândirii, scăderea inițiativei, tulburări ale impulsului, scăderea vitalității, simptome vegetative etc). Și ei au un caracter depresiv, au nevoie de tratament și structura lor de personalitate îi configurează total asemănător acelora care se îmbolnăvesc de o depresie completă.

La sfârșitul considerațiilor mele asupra „bolii populare", mai fie-mi permise niște păreri personale: tratez terapeutic aproape 25 de ani oameni depresivi, și aceasta cu rezultate îmbucurătoare. Dacă sunt îndrumați corespunzător, prognosticul acestor boli psihice poate fi apreciat ca fiind destul de bun în ceea ce privește șansele lor de vindecare.

Optimismul meu terapeutic — bazat pe experiență — nu numai că se transmite pacienților, îmi face și mie un serviciu bun în ceea ce privește psihoigiena mea personală. Mă face capabil să înseninez și să suport acele ore sumbre ale începutului, în care bolnavul cuprins de o disperare profundă, evocă celuilalt anxietate și îmbracă lumea și oamenii în vălul celei mai negre lipse de bucurie.

Când reflectez, ei bine, care atitudini interioare ale analistului au o influență deosebit de tămăduitoare asupra cursului terapiei, cred că este vorba odată de acea siguranță de nezdruncinat în posibilitatea schimbării pozitive a vieții și apoi

prezența prietenoasă și de nădejde de-a lungul anilor, pliate pe o putere de așteptare răbdătoare a pașilor evolutivi ai pacienților. Ambiția terapeutică nu-și are locul aici! Dimpotrivă, depinde de bolnav să lase foarte mult loc în conștiință, pentru că și ocolișurile, rezistențele și luptele de apărare sunt, la urma urmei, semnificative și trebuie consumate. Ținta în tratamentul depresivului nu este înlăturarea simptomelor (care este inclusă, desigur), ci mai curând schimbarea omului, pentru ca acesta să nu mai aibă nevoie să dezvolte astfel de simptome în situații critice. Eu practic o psihanaliză modificată, care nu este constrânsă prin reguli severe, care într-un mod mai economicos, adică ocazional, întrebuințează contactul corporal (atingerea mâinii când pacientul cade într-o gaură neagră sau se „pierde în spațiul cosmic"), elemente scenice („vorbiți aici și acum direct cu mama dvs.-imaginată") și elemente din psihologia învățării.

Caracterul pluristratificat al elaborărilor nevrotice cere un instrumentar considerabil de intervenții terapeutice și mijloace de înțelegere, foarte diferențiate, care să țină seama de nivelul temporal. Numai teoriile psihanalitice ale nevrozelor și ale personalității oferă acest instrumentar, datorită complexității lor și varietății descrierilor psihodinamice propuse.

Din pricini de calcul economic se cere mereu o eficacitate deosebită a proceselor terapeutice, în care calcularea unui coeficient maxim de vindecare într-un minimum de timp este importantă în evitarea risipei de costuri. Forța psihanalizei stă însă tocmai în întinderea în timp. Procesele de maturizare au nevoie de timp nu numai pentru a se realiza, ci și pentru a se consolida și a se ancora ca structuri stabile în structurile de personalitate ale respectivei persoane.

O mare parte a pacienților mei primesc după terminarea terapiei simple (uzual 240 de ședințe) o terapie de grup care are loc o dată pe săptămână (privat) și care durează până când ei și-au dobândit încrederea în statornicia viziunii pozitive-nou-câștigate asupra lumii și în bucuria de a trăi. Este un moment înălțător atunci când pacientul, la sfârșitul drumului său, își face bilanțul travaliului terapeutic, își evaluează situa-

ția vitală și afectivă serios schimbată și recunoaște plin de mirare că nu ar fi fost acolo unde este azi fără declanșarea depresiei și fără terapia care i-a urmat.

Și încă o dată se adeverește spunerea:

Un om
privește înapoi în timp
și vede:
nenorocul lui i-a fost noroc!
(Eugen Roth)

Bibliografie

ABRAHAM, K. (1916): „Untersuchungen über die früheste prägenitale Entwicklungsstufe der Libido". În: ABRAHAM, K. (1971), *Psychoanalytische Studien, Gesammelte Werke,* vol. I, pp. 84-112

ABRAHAM, K. (1924): „Beiträge der Oralerotik zur Charakterbildung". În: ABRAHAM, K.: *Psychoanalytische Studien zur Charakterbildung,* Fischer, Frankfurt am Main, 1969

ADAM, K. S. (1973): „Childhood parental loss, suicidal ideation and suicidal behavior". În: ANTHONY, E. J. & C. KONPERNIK (ed.): *The child in his family,* Wiley, New York, London

ADLER, A. (1920): *Praxis und Theorie der Individualpsychologie.* Fischer, Frankfurt am Main. 1974

AINSWORTH, M. D. (1962): „Deprivation of maternal care". WHO, Genf

ARIETI, S. și J. BEMPORAD (1983): *Depression. Krankheitsbild, Entstehung, Dynamik und psychotherapeutische Behandlung,* Klett-Cotta, Stuttgart

BUKWIN, H. (1942): „Loneliness in infants". *Am. Journal of Diseases of Children* 63, 30

BALINT, M. (1952): *Die Urformen der Liebe,* Huber/Klett-Cotta, Bern și Stuttgart 1966

BALINT, M. (1937): „Early Developmental States of the Ego". *Intern. Journal für Psychoanalyse*

BALINT, M. (1959): *Angstlust und Regression.* Klett-Cotta, Stuttgart 1960

BALINT, M. (1952): „Der Neubeginn, das paranoide und das depressive Syndrom". În: Balint (Ed.): *Primary love and psycho-analytic-technique*. Hogarth, London
BALINT, M. (1968): *Therapeutische Aspekte der Regression*. Klett-Cotta, Stuttgart 1970
BATTEGAY, R. (1987): „Psychoanalytische Aspekte der Depression". *Psychosomatische Medizin*: 2/87
BATTEGAY, R. (1982): *Die Hungerkrankheiten*, Huber, Bern, Stuttgart, Wien
BATTEGAY, R. (1977): *Narzißmus und Objektbeziehungen*, Huber, Bern, Stuttgart, Wien
BECK, A. T.: *Depression*, University of Pennsylvania Press, Philadelphia 1972
BECKER, J. (1974): *Depression; Theorie and research*, Wiley, New York
BENKERT, O. (1977): *Depressive Syndrome erkennen*, Institut Mensch und Arbeit, München 1977
BERES, D. (1958): „Vicissitudes of superego functions and superego precursors in childhood". *Psa. Study. Child*, 13, 324-351
BERGLER, E. (1934): „Zur Problematik des «oralen» Pessimisten", *Imago* 20, 330-376
BIBRING, E. (1953): „The mechanism of depression". În: GREENACRE, P. (ed.): *Affective disorders*, Int. Univ. Press pp. 13-48, New York
BIRTSCHNELL, J. (1972): „Early parental death and psychiatric diagnosis", *Social Psychiatry* 7, 1976, pp. 202-210
BLANCK, G. şi BLANCK, R. (1974): *Angewandte Ich-Psychologie*, Klett-Cotta, Stuttgart 1978
BOWLBY, J. (1951): *Mütterliche Zuwendung und geistige Gesundheit*, Kindler, München 1973
BOWLBY, J. (1953): „Some pathological processes set in train by early mother-child seperation", *Journal of Mental Science* 99, 265-272
BOWLBY, J. (1960): „Separation anxiety", *Internat. Journal of Psychoanalysis* 41, 89-113
BRÄUTIGAM, W. (1968): *Reaktionen, Neurosen, Psychopathien*, Deutscher Taschenbuch Verlag, München
BROWN, F. (1961): „Depression and childhood bereavement", *J. ment. Science* 107, 754

BROWN, G. W. & HARRIS, T. (1978): *The social origins of depression: a study of psychiatric disorders in women*, Tavistok, London
BURLINGHAM, D. & FREUD, A. (1949): „Kriegskinder". În: FREUD, A., BURLINGHAM, D. (ed.): *Heimatlose Kinder. Zur Anwendung psychoanalytischen Wirkens auf die Kindererziehung*, Fischer, Frankfurt am Main, 1971
BURLINGHAM, D. & FREUD, A. (1950): „Anstaltskinder", În: FREUD, A., BURLINGHAM, D. (ed.): *Heimatlose Kinder. Zur Anwendung psychoanalytischen Wirkens auf die Kindererziehung*, Fischer, Frankfurt am Main, 1971
CREMERIUS, J. (1977): „Grenzen und Möglichkeiten der psychoanalytischen Behandlungstechnik bei Patienten mit Über-Ich-Störungen", *Psyche* 7/1977
CASLER, C. (1961): „Maternal deprivation", *Mon. Soc. Res. Child Developm.* 26, I
DILLING, H., WEGERER, S., CASTELL, R.: *Psychische Erkrankungen in der Bevölkerung*, Urban & Schwarzenberg, München 1984
DOLLARD, J., L. DOOB, N. E. MILLER, O. H. MOWRER, R. S. SEARS: *Frustration and aggression*, Gall Inivers. Press, New Haven 1939
DÜHRSSEN, A. (1954): „Psychogene Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen", *Verlag für medizinische Psychologie*, Göttingen
DÜHRSSEN, A. (1958): „Heim- und Pflegekinder in ihrer Entwicklung", *Verlag für medizinische Psychologie*, Göttingen
DURFEE, H. & Wolf (1934): „Anstaltspflege und Entwicklung im ersten Lebensjahr". *Zs. f. Kinderforschung* 42
EARLE, A. M. &. Earle (1961): „Early maternal deprivation and later psychiatric illness". *Am. f. Orthopsychiatr.* 31, 181
EICKE-SPENGLER, M. (1977): „Zur Entwicklung der Theorie der Depression". *Psyche Dez.* 1977, 31
ELHARD, S. (1971): „Tiefenpsychologie, eine Einführung", *Urban & Schwarzenberg*, München
ERIKSON, E. H. (1950): *Kindheit und Gesellschaft*, Klett-Cotta, Stuttgart 1965
ERIKSON, E. H. (1959): *Identität und Lebenszyklus*, Suhrkamp, Frankfurt am Main. 1966
FENICHEL, O. (1945): *The Psychoanalytic theory of neurosis*, Norton, New York

FERENCZI, S. (1925): „Zur Psychoanalyse von Sexualgewohnheiten". În: Balint, M. (ed.), *Schriften zur Psychoanalyse*, vol. 2, 147-181, S. Fischer, Frankfurt am Main. 1972

FISCHER, R. (1976): „Die psychoanalytische Theorie der Depression", *Psyche* Oct. 1976, 30

FREUD, A. (1936): *Das Ich und die Abwehrmechanismen*, Kindler, München 1968 – Ed. rom. *Eul şi mecanismele de apărare* (trad. din limba engleză de Andrei Constantinescu), Ed. Fundaţiei Generaţia, Bucureşti, 2002

FREUD, S. (1913): „Die Disposition zur Zwangsneurose", *G.W.* VIII, S. Fischer, Frankfurt a. M. 1960, Ed. rom. „Predispoziţia la nevroza obsesională" (trad. Corneliu Irimia), în S. Freud *Opere* vol. 7, Ed. Trei, Bucureşti, 2002

FREUD, S. (1921): „Massenpsychologie und Ich-Analyse", *G.W.* XIII, Ed. rom. „Psihologia maselor şi analiza Eului" (trad. G. Purdea şi Vasile Dem. Zamfirescu), în S. Freud *Opere* vol. 4, Ed. Trei, Bucureşti, 2000

FREUD, S. (1923): „Das Ich und das Es", *G.W.* XIII, Ed. rom. „Eul şi Seul" trad. G. Purdea şi Vasile Dem. Zamfirescu), în S. Freud *Opere* vol. 3, Ed. Trei, Bucureşti, 2000

FREUD, S. (1917): „Trauer und Melancholie", *G.W.* X Ed. rom. „Doliu şi melancolie" (trad. Gilbert Lepădatu), în S. Freud *Opere* vol. 3, Ed. Trei, Bucureşti, 2000

FREUD, S. (1927): „Das Unbehagen in der Kultur", *G.W.* IV, Ed. rom. „Disconfort în cultură" (trad. Roxana Melnicu), în S. Freud *Opere* vol. 4, Ed. Trei, Bucureşti, 2000

GERBOULET, L. (1972): „Psychodynamische Faktoren bei der Erythrophobie", *Psych. Med.* Apr./Juni 1972

GERÖ, G. (1936): „The Construction of depression", *Int. J. Psycho-Anal.* 17, p. 423-461

GLOVER, E. (1924): „The Significance of the mouth in psychoanalysis", *Brit. J. Med. Psychol.* 4, 134-155

GLOVER, E. (1943): „The Concept of dissociation". În: *On the early development of mind*, 218-247, Int. Univ. Press, New York 1956

GROF, S. (1975): *Topographie des Unbewußten*, Klett-Cotta, Stuttgart 1983

GROF, S. (1985): *Geburt, Tod und Transzendenz - neue Dimensionen in der Psychologie*, Kösel, München

HAMMERMANN, St. (1965): „Conceptions of superego development", *J. Amer. Psa. Assn.* 13, 320-356

HELLBRÜGGE, Th. (1964): *Kindliche Entwicklung und soziale Umwelt*, München 1964

HORNEY, K. (1950): *Neurose und menschliches Wachstum*, Kindler, München 1975

IRLE, G. (1974): *Depressionen*, Kreuz, Stuttgart

IZARD, C. E. (1972): *Die Emotionen des Menschen*, Beltz, Weinheim und Basel 1981

JACOBSON, E. (1946): „The Effect of disappointment on ego and superego formation in normal and depressive development", *Year book of Psa.*, 3, 1947, 109-126

JACOBSON, E. (1971) : *Depression*, Suhrkamp, Frankfurt am Main. 1977

JANOV, A. (1970) : *Der Urschrei*, Fischer, Frankfurt am Main. 1973

JOFFE, W.G. & SANDLER, J. (1965): „Notes on childhood depression", *Int. J. f. Psycho-Anal.* 46, 88-96

JOFFE, W. G. & SANDLER, J. (1980): „Zur Depression im Kindesalter", *Psyche*, Mai 1980, Jahrg. 34

KERNBERG, O. F. (1975): *Borderline-Störungen und pathologischer Narzißmus*, Suhrkamp, Frankfurt am Main. 1978

KIELHOLZ, P. (1984): „Interview". În: *Psychologie heute*, ian. 1984

KLACKENBURG, G. (1956): „Studies in maternal deprivation in infant homes", *Acta Paediat.*, 45, 1 Stockholm 1956

KUIPERS, P. C. (1966): *Die seelischen Krankheiten des Menschen*, Huber/Klett-Cotta, Bern u. Stuttgart 1968

KÖHLER, L. (1991): *Ergebnisse und Auswirkungen der Säuglingsbeobachtung auf Theorie und Praxis der Psychoanalyse*, Prelegere la conferinţa anuală a cercului DGPT/VAKJP

KÖNIG, K. (1981): *Angst und Persönlichkeit*, Verlag f. medizin. Psychologie, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen

KÖNIG, K. (1992): *Kleine psychoanalytische Charakterkunde*, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen

KOHUT, H. (1977): *Die Heilung des Selbst*, Suhrkamp, Frankfurt am Main, 1979

LAUGHLIN, H. P. (1956): *The Neurosis in clinical practice*, Philadelphia und London

LEBOVICI, S. (1962): „The concept of maternal deprivation". În: *Ainsworth* WHO Genf

LERSCH, Ph. (1938): *Aufbau des Charakters* (ulterior: Aufbau der Person.), Ambrosius Barth, München 1956

LEWIS, H. (1954): *Deprived children (the Marsham experiment)*, Greenwood 1978

LICHTENBERG, J. D. (1990): „Einige Parallelen zwischen den Ergebnissen der Säuglingsbeobachtung und klinischen Beobachtungen an Erwachsenen, besonders Borderline-Patienten und Patienten mit narzißtischen Persönlichkeitsstörungen", *Psyche* Oct. 1990, 44

LOEBER, F. (1963): „Das von der Mutter getrennte Kind in der heutigen Sicht des Kinderarztes". În: Willinger (ed.): *Jahrbuch für Jugendpsychiatrie und ihre Grenzgebiete* vol. 2, Huber, Bern 1960

LÖWEN, A. (1983): *Narzißmus*, Kösel, München 1984

MAHLER, M. S. (1949): „Remarks on psychoanalysis with psychotic children", *J. Child Behaviour* 1, 18-21

MAHLER, M. S. (1968): *Symbiose u. Individuation*, Klett-Cotta, Stuttgart 1972

MAHLER, M. S. (1975): *Die psychische Geburt des Menschen*, Fischer, Frankfurt am Main, 1978

MENDELSON, M. (1974): *Psychoanalytic concepts of depression*, Flushing, New York

MILLER, A. (1973): *Das Drama des begabten Kindes*, Suhrkamp, Frankfurt am Main, 1979

MILLER, W. R., & M. E. P. SELIGMAN (1975): „Depression and learned helplessness" în *Man. J. Abnorm Psychol.* 1975, 84, 228-238

MOON, V. H. (1942): *Shock: Its Dynamics, Occurrence and Management*, Lea & Febiger, Philadelphia

NAESS, S. (1959): „Mother child separation and delinquency", *Brit. J. Delinqu.* 10, 22

PARKES, C. M. (1974): *Vereinsamung; Die Lebenskrise bei Partnerverlust*, Rowohlt, Reinbek b. Hamburg

PARKES, C. M. & R. J. BROWN (1972): „Health after bereavement; A controlled study of young Boston widows and widowers", *Psychosom. Med.* 1972, 34, 449-461

PAYKEL, E. S., J. K. MYERS, M. N. DIENELT, G. L. KLERMAN, J. Y. LINDENTHAL și M. P. PEPPER (1969): „Live events and depression", *Arch. Gen. Psychiat.* 1969, 21, 753-760

QUINT, H. (1987): „Die Depression im Dienste der Selbstregulierung", *Psyche*, Mai 1987, Jahrg. 41

RADÓ, S. (1927): „Das Problem der Melancholie", Int. *Zs. f. Psa.* 13

REICH, A. (1954): „Early identifications and archaic elements in the superego", *J. Amer. Psa. Assn.*, 2, 218-238

REITER, L. (1986): „Der stille Schrei nach Liebe", *Psychologie heute*, April 1986

REMPLEIN, H. (1956): *Psychologie der Persönlichkeit*, Ernst Reinhard, München

RIEMANN, F. (1961): *Grundformen der Angst*, Ernst Reinhard, München, Ed. rom. *Formele fundamentale ale angoasei* (trad. Roxana Melnicu), Ed. Trei, București, 2005

SALZMAN, L. (1970) : „Depression. A clinical review", *Science and Psychoanal.* 1970, 17

SANDLER, J. & W. G. JOFFE (1980): „Zur Depression im Kindesalter", *Psyche*, Mai 1980, 34

SANDLER, J. & C. DARE (1970): „Der psychoanalytische Begriff der Oralität", *Psyche* 1973, Jahrg. 27

SCHMALOHR, E. (1968): *Frühe Mutterentbehrung bei Mensch und Tier*, Kindler, München

SCHRAML, W. (1954): „Zum Problem der frühen Mutter-Kind-Trennung", *Praxis Kinderpsych. u. -psychiat.* 3, 243

SCHULTZ-HENCKE, H. (1940): *Der gehemmte Mensch*, Georg Thieme, Stuttgart 1965

SCHWIDDER, W. (1962) (ed.): *Die Bedeutung der frühen Kindheit für die Persönlichkeitsentwicklung*, Verlag für Medizinische Psychologie, Göttingen

SIEVERS, E.-F. (1971): *Bilder der Neurose heute*, Huber, Bern, Stuttgart, Wien

SMITH, C. C. (1949): *Killers of the dream*, Norton, New York

SPECHT, E.-K. (1977): „«Verliebtheit» bei Freud und Platon", *Psyche*, Febr. 1977, 31

SPITZ, R.A. (1945): „Hospitalismus". În: G. Bittner & E. Schmidcords (ed.): *Erziehung in früher Kindheit*, Piper, München 1973

SPITZ, R. A. și WOLF (1946): „Anaclitic depression", *The Psychoan. Study of the child* 2, 213

SPITZ, R. A. (1948): *The Smiling response* (Film)

SPITZ, R. A. (1950): „Anxiety in infancy", *Amer. J. Orthopsychiat.* 20

SPITZ, R. A. (1952): „Der Neubeginn, das paranoide und das depressive Syndrom". *Intern. J. für Psychoanalyse*

SPITZ, R. A. (1954): „Infantile depression and general adaptation syndrome". În: Koch (Ed.): *Depression*, New York

SPITZ, R. A. (1960): „Zur Entstehung der Über-Ich-Komponenten", *Psyche*, 14, 400-426

SPITZ, R. A. (1965): *Vom Säugling zum Kleinkind*, Klett-Cotta, Stuttgart 1974

STERN, M. M. (1951): „Trauma, Todesangst und Furcht vor dem Tod", *Psyche*, Dec. 1972, 26

STIEMERLING, D. (1974): „Die früheste Kindheitserinnerung des neurotischen Menschen", *Zeitschr. f. Psych. Med. u. Psychoa.* Oct./Dec. 1974, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen

STIEMERLING, D. (1986): *Gestörte Zweierbeziehung Der Hunger nach Verständnis und der Schmerz des Nichtverstandenseins*, Pfeiffer, München

STOTT, D. H. (1956): *The effects of separation from the mother in early life*, Lancet I, 626

WEISSMAN, M., K. FOX, G. KLERMAN (1973): „Hostility and depression associated with suicide attempts", *Amer. J. Psychiat.* 1973, 130, 450-455

ZETZEL, E. (1970): *Die Fähigkeit zu emotionalem Wachstum*, Klett-Cotta, Stuttgart 1974